

”Ikke helt, men heller ikke stykkevis og delt”

En teoretisk og empirisk studie av belønningsstrukturer i helsesektoren.

Skrevet av: Jan Vegard Pettersen
Masteroppgave i sosiologi
Høst 2005
Institutt for Sosiologi og samfunnsgeografi
Universitetet i Oslo



Sammendrag

Oppgaven er en casestudie av stykkprisfinansiering som et markedsrettet verktøy i helsevesenet. Oppgaven har et verdiladet utgangspunkt og bygger på egen erfaring som sykepleier og en diskursanalyse av offentlige dokumenter som omhandler temaet. Dette knyttes opp mot annen forskning som berører temaet og relevant teori.

Problemstillingen for denne oppgaven er: *Hvorvidt kan stykkprisfinansiering i spesialisthelsetjenesten ha vridningsmekanismer i form av at de svakeste pasientene blir nedprioritert og at samfunnet i større grad medikaliseres? Dette gjelder spesielt om stykkprisfinansieringssystemet utvides til å gjelde nye felt i helsesektoren, som for eksempel psykiatri. Formålet med oppgaven min blir altså å se nærmere på hvordan man teoretisk og empirisk kan belyse dette, med fokus på systemets logikk og begrunnelse, helsearbeidernes fagetikk og systemets utvidelse til psykiatri.*

I oppgaven skisserer jeg eventuelle negative effekter av stykkprisfinansieringssystemet. Jeg mener at systemets incentiver kan føre til en nedprioritering av enkelte pasientgrupper. I fordelingen av knappe helsegoder kan pasientene med de største behovene bli nedprioritert til tross for at det er et politisk ønske om at systemet skal være tilgjengelig og ivareta behovene til ”de som trenger det mest”.

Del I er en teoretisk gjennomgang av problemstillingen. Her trekker jeg opp et bakgrunnstykke for problemstillingen i forhold til hva stykkprisfinansiering av helsetjenester er, hva som kan sies å være systemets teoretiske og ideologiske grunnlag og hvilke målsettinger systemet skal realisere. Deretter drøftes stykkprisfinansieringssystemets påvirkning av helsearbeideres praksis og effekter for pasienten. Jeg har lagt vekt på eventuelle utilsiktede konsekvenser styringsmodellen kan ha for enkelte pasientgrupper.

I del II knyttes problemstillingen opp mot den politiske prosessen som tok for seg stykkprisfinansieringssystemet i 2003. Her fokuseres det på hvordan systemet begrunnes av Hagenutvalget(Nou 2003:1) og høringsuttalelser fra legeforeningen og sykepleieforbundet i forbindelse med utvalgets innstilling. I denne delen gjennomgås systemet generelt, men vektlegger begrunnelse i forhold til fagetikk og systemets utvidelse til psykiatri spesielt.

Min kritikk av stykkprisfinansieringssystemet tar her utgangspunkt i en bekymring for en eventuell forvitring av helsearbeidernes fagetske plattform. Jeg vil argumentere for at profesjonsetikk med stykkprisfinansieringssystemet fremstår som en systemegenskap der helsearbeideren ansvarliggjøres i forhold til å handle på systemets premisser. Dette mener jeg kan medføre at nærhetsetikken som har stått sentralt i helsearbeideres fagetikk og som tar utgangspunkt i relasjonen mellom hjelper og klient ikke lenger står i fokus, men at den riktige praksis skal nedfelle seg gjennom økonomiske incentiver. Dette er viktig fordi det på den ene siden kan føre til økende grad av medikalisering. På den andre siden kan det føre til prioriteringsmessige konsekvenser som bryter med systemets målsettinger om at helsevesenet skal være tilgjengelig for ”de som trenger det mest”.

Oppgaven har ingen målbar konklusjon, men en forsøksvis redegjørelse for problemstillingens gjennomgåtte aspekter.

Forord

Jeg vil takke Olaug Lian for at hun hjalp meg i gang med denne oppgaven og seminarleder Arne Mastekaasa for nyttige innspill på oppgavens struktur. En spesielt stor takk til min veileder Rannveig Dahle, som har gitt meg svært grundige og pedagogiske tilbakemeldinger underveis. Jeg vil også takke Heidi Marie og Inger Helene for god hjelp i innspurten og mine foreldre for både økonomisk og moralsk støtte. Jeg vil også takke Terje P. Hagen for hjelp til å velge ut relevante dokumenter. Takk også til Manpower Helse for at de var villige til å imøtegå mine ønsker om å jobbe innenfor stadig nye arbeidsområder som sykepleier.

De siste månedene har vært svært hektiske, men det har vært viktig å få oppgaven ferdig i tide. Spesielt med tanke på oppgavens dagsaktualitet.

Oslo, november 2005 Jan Vegard Pettersen.



Frode Overli (2004 s 34)

Innholdsfortegnelse

Forside: "Ikke helt, men heller ikke stykkevis og delt"	I
Sammendrag	II
Forord.....	IV
Innholdsfortegnelse	V
1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn.....	1
1.2 Det skrivende subjekt og valg av tema og metode	2
1.3 Problemstilling og oppgavens oppbygning.....	5
1.4 Oppgavens styrker og svakheter	10
2.0 Metode	10
2.1 Diskursanalyse	12
2.2 Deltagende observasjon	14
2.3 Validitet.....	14
<i>Del I</i>	15
3.0 Hva er stykkprisfinansiering? Hva skal det løse? Hvordan ble det innført?.....	15
3.1 ISF og DRG	16
3.2 En gjennomgang av veien mot sykehusreformen som trådte i kraft i 2002.....	19
4.0 Teoretisk bakgrunn	23
4.1 New public management.....	24
4.1.1 Tillit og NPM.....	30
4.2 Medikalisering	32
5.0 Teoretisk rammeverk	38
5.1 Holisme og reduksjonisme i medisinsk praksis	38
5.1.1 Medisin som en reduksjonistisk vitenskap	39
5.1.2 Reduksjonistiske forklaringer og den holistiske forståelse.....	40
5.1.3 Medisinsk og økonomisk rasjonalitet.	41
5.1.4 Forklaring og forståelse som grunnlag for den medisinske praksis.....	42
5.1.5 Stykkprisfinansieringens begreper og regler som endringskomponenter for den medisinske praksis?	45
5.2 Evidensbasert praksis som standardiseringspress på det kliniske system	48
5.2.1 Hva er evidensbasert medisin?.....	48
5.2.2 Evidensbasert medisin og den kompetente pasienten.....	51
5.2.3 Evidensbasert praksis og stykkprisfinansiering	52
5.2.5 Evidensbasering fra legemiddelindustrien og den medisinske praksis.....	54
5.3 Sykepleie som vitenskap.....	58
5.4 Profesjonsetikk.....	59
5.4.1 Nærhetsetikk	60
5.4.2 Nytteetikk og stykkprisfinansieringssystemet	61
5.4.3 Etikk og stykkprisfinansieringssystemet.....	64
5.4.4 Rettigheter og rettferdighet	68
<i>Del II</i>	71
6.0 "Hvordan begrunnes stykkprisfinansieringen?"	71
6.1 Hagenutvalgets innstilling	71

6.1.1 En gjennomgang av utvalgets innstilling	71
6.1.2 Pasienten ingen ville ha	73
6.1.3 De private aktørene	75
6.1.4 Er de private sykehusene mer effektive enn de offentlige, og eventuelt hvorfor?.....	77
6.1.5 DRG-koder som effektivitetsmål	78
6.1.6 Hagenutvalgets anbefalinger.....	79
6.1.7 Stykkprisfinansiering innføres i psykiatrien	81
6.2 Legeforeningens høringsuttalelse	83
6.2.1 Hva mener Legeforeningen?.....	83
6.2.2 Analyse	87
6.2.3 Fagetikk, en egenskap ved systemet?	87
6.2.4 Argumenterer Legeforeningen for mer medikalisering?	89
6.2.5 De ansvarligjorte systemene som tillitsreparasjon.....	91
6.2.6 Fritt brukervalg for psykiatriske pasienter	92
6.3 Hva mener Sykepleierforbundet?	93
6.3.1 Analyse	97
6.3.1.1 Fagetikk som en system-ekstern kontrollmekanisme?	97
6.4 Har Sykepleierforbundet og Legeforeningen de samme målsettinger?.....	100
6.5 Hvilke målsettinger skal stykkprisfinansiering i psykiatrien realisere?	101
6.6 Den standardiserte psykisk syke og stykkprisfinansieringssystemet.....	103
7.0 Avsluttende diskusjon.....	107
8.0 Konklusjon.....	113
Referanser	115

1.0 Innledning

I denne oppgaven tar jeg for meg stykkprisfinansiering i helsevesenet. Utgangspunktet for oppgaven er mine erfaringer som sykepleier gjennom stadige omstillinger i helsevesenet. Gjennom sosiologistudier har jeg fått en klarere forståelse av de mer komplekse konstruksjoner av den sosiale virkelighet. Oppgaven er et forsøk på å belyse fenomenet stykkprisfinansiering gjennom å dra veksler på både samfunnsvitenskapelig metode og sykepleieempiri. Først ønsker jeg å si litt om bakgrunnen.

1.1 Bakgrunn

Stykkprisfinansiering av helsetjenester ble innført i spesialisthelsetjenesten (sykehusene) i 1997. I 2002 ble sykehusene organisert i statlige foretak som i størst mulig grad skal drives etter bedriftsøkonomiske prinsipper. Stykkpris på helsetjenester ble gjennom foretaksreformen institusjonalisert da det ble innført et skille mellom bestilling og utførelse av helsetjenester. De fem statlige foretakene er bestillere, mens de lokale er utførere. De regionale foretakene kan inngå avtaler med private sykehus der disse konkurrerer med de offentlige (lokale foretak). Dette kvasimarkedet skulle sikre at produksjonen ble mest mulig effektiv slik at kostnadsveksten i sektoren kunne holdes under kontroll. Sykehusreformen og stykkprisfinansiering følger en tendens til omlegginger av offentlig sektor som har skjedd i de fleste OECD land de siste 10-20 årene. Omleggingene følger en nyliberalistisk bølge i tråd med globaliseringen av økonomien generelt og en sterk tro på standardiseringer av praksis spesielt. Med dette følger et finansieringssystem med stadig vekt på stykkprisbetaling, en pasientrettighetslov med individuelle behandlingsgarantier og en offensiv politikk som går inn for å godkjenne flere private sykehus.

Oppgaven kan ses på som en kritikk av markedsmodeller i helsesektoren. Slik jeg ser det hviler en slik markedsmodell på tre begrunnelser: En ideologisk forklaring, en økonomisk forklaring, og en sterk vilje til å forandre grunnleggende maktforhold. Det fremheves at

privatisering og konkurranseutsetting gir klare fordeler for brukerne, samt at offentlige utgifter går ned.

Björgulf Braanen skriver i klassekampen 16. august, 2005:

”Skremmende konsekvenser av at markedet blir synonymt med samfunn: Frihet vil da handle om frihet til å gjøre valg i markedet, og dess mindre regulert markedet er, desto friere vil menneskene oppleve at de er. Dermed framstår markedet som samfunnets revolusjonære kraft, mens alt som smaker av stat og offentlige myndigheter virker hemmende. Men i møtet med virkeligheten, sprekker denne argumentasjonen, slik eldreomsorg med stoppeklokke er et eksempel på” (Braanen i Klassekampen 16.08.2005).

Oppgaven er en casestudie av stykkprisfinansiering som et markedsrettet verktøy i helsevesenet. Innføringen av en markedsmodell i helsevesenet har ikke bare prinsipielle aspekter ved seg. Det dreier seg om å forandre de institusjonelle omgivelsene som omgir de svakeste og de som er utdannet for å hjelpe. Motivasjonen til å hjelpe skal etter markedsprinsipper i større grad enn før mobiliseres gjennom økonomiske belønninger. Oppgaven kan ses på som et innlegg i effektivitetsdiskursen som symbol på nyliberalistisk målstyring av offentlig sektor.

Helsevesenet vårt er tuftet på en solidaritetstanke om at helsetjenester skal være tilgjengelig for de som trenger det mest. Oppgaven er en diskusjon om hvorvidt innføringen av en markedsmodell i helsesektoren, med stykkprisfinansiering som verktøy, er i stand til å virkeliggjøre denne solidariteten overfor enkelte pasientgrupper.

1.2 Det skrivende subjekt og valg av tema og metode

Tema i oppgaven har vært klar for meg siden jeg begynte på universitetet. Det har ikke vært en enkel prosess å komme frem til en metode som passer til det tema jeg har valgt å beskrive. I utgangspunktet hadde jeg tenkt at oppgaven hovedsakelig skulle bygge på en dokumentanalyse av utredninger og høringsuttalelser som omhandler temaet. Etter hvert innså jeg at det ble umulig å ikke ta i bruk egen empiri da jeg allerede var så nært knyttet

til feltet, og fordi det etter min oppfattning lå verdifull informasjon i egne erfaringer. Interessen for temaet kan nok i seg selv tilskrives denne erfaringen. Jeg knytter i del I teori opp mot disse egne erfaringene, mens jeg i del II gjør en diskursanalyse av dokumenter som omhandler temaet.

Forskningsprosessen forstås som en kontinuerlig veksling av fokuset på teoriplanet og empiriplanet. Denne både/og-løsningen er nødvendig i samfunnsforskning fordi uten forutantagelser, eller uten kontakt med det virkelige liv, er det ikke mulig å tilnærme seg et samfunnsfelt (Holter og Kalleberg 1996).

Min førforståelse er preget av mine ti år i helsevesenet. Først fire år som ufaglært, deretter snart seks år som sykepleier, hvor de siste tre årene har vært ved siden av sosiologistudier. Oppgaven kan sies å bære preg av denne nærheten til feltet. Argumentasjonen bærer også preg av å veksle mellom den normative sykepleiestemmen og et noe videre sosiologisk perspektiv. Å se seg selv som utøver av makt er alltid problematisk. Min beskrivelse av fenomenet stykkprisfinansiering kan ikke ses uavhengig av den rollen jeg har i det feltet jeg beskriver.

I den tiden jeg har studert sosiologi, har jeg valgt å jobbe i et vikarbyrå. Jeg har valgt å flytte mye på meg fordi jeg erkjenner at det er viktig å søke distanse til det enkelte arbeidsmiljø, da min erfaring er at man lett blir påvirket av interne problemstillinger. En viss distanse er viktig hvis man skal prøve å beskrive hvordan aktørene handler. Blir man for innvevd i miljøet er min erfaring at beskrivelsen ofte dreier mot hvordan aktørene synes de handler, inkludert meg selv. Det at jeg har flyttet mye på meg er også viktig for å se problematikken fra forskjellige sektorer innen helsevesenet og gjennom utøvelsen av ulike roller. Jeg har de siste tre og et halvt årene ikke vært på samme sted mer enn tre måneder. Jeg har til og med vært i den situasjonen at jeg har måttet argumentere mot en instans jeg tidligere har representert. Denne erfaringen gir et unikt innpass backstage til de kontekster der de faktiske beslutninger fattes. Eksempelene jeg kommer med er alle notert i et retrospektivt perspektiv. Slik måtte det bli i forhold til den rollen jeg hadde. Det har vært overraskende for meg hvor fort jeg selv aksepterer normene på feltet og

hvor lite reflektert jeg kan være der og da. Denne erkjennelsen er hovedårsaken til at jeg ikke har brukt intervjuer. Oppgavens tema er debattert med andre helsearbeidere på mangt et vaktrom, og jeg er av den oppfatning at jeg ville hatt problemer med å ikke påvirke en slik intervjusituasjon i vesentlig grad, med tanke på mitt engasjement og min bakgrunn som sykepleier. Likevel innser jeg at intervjuer nok kunne gitt oppgaven mer ”kjøtt”. De jeg uformelt har intervjuet kan jeg ikke referere til, og mine egne oppfattelser vil nødvendigvis iblant være farget av personlig engasjement. Hvis jeg hadde intervjuet leger og sykepleiere fra ulike sektorer ville innenfra- og ut perspektivet kanskje blitt mer balansert. Evnen til å desentrere perspektivet, eller å ha en slags ”andre ordens iakttagelse” på feltet jeg selv opererer i, er noe jeg hele tiden har etterstrebet. Likevel innser jeg at dette ikke er mulig fullt ut, og at ethvert forsøk på å påberope seg en slik objektiv innsikt vil kunne undergrave oppgavens troverdighet. Uansett ideal er dette en systemkritisk oppgave skrevet av en aktør som er indoktrinert til å handle i henhold til systemets premisser. Med det mener jeg at man som sykepleier må innrette seg etter de regler som gjelder. Med indoktrinert mener jeg at man fort oppfatter hva som forventes av deg og at dette legger premisser for hvordan du kan handle. Det er denne erfaringen som også mobiliserer mitt kritiske blikk på stykkprisfinansiering som styringssystem. Mitt verdimessige utgangspunkt for kritikken av stykkprisfinansieringssystemet i helsevesenet er sykepleiens antipositivistiske omsorgsfilosofi beskrevet av Kari Martinsen (1979) som ”omsorg for omsorgens skyld” og modernitetskritikken til Zygmunt Baumann slik han selv har formulert det:

”Den typiske moderne praksis, substansen av moderne politikk, av det moderne intellekt, er forsøket på å eliminere ambivalens: et forsøk på å definere presis – og å undertrykke eller eliminere alt som ikke kunne eller ville la seg presist definere. (Baumann 1991, i Nilsen 2004)

Oppgaven har dermed et verdiladet utgangspunkt. Bakgrunnen for oppgaven og utformingen av spørsmål og valg av data, gjør at prosjektet sammenfaller med det Ragnvald Kalleberg (1996) kaller et vurderende forskningsopplegg.

”Når vi stiller vurderende spørsmål, spør vi hvilken verdi en sosial realitet har.. Når samfunnsvitere vurderer samfunnsforhold, skjer det med utgangspunkt i

spesifiserte verdier eller målsettinger. Verdiene kan være innført av forskere selv eller av aktører i feltet. Ofte er det en kombinasjon. Når en forsker vurderer forholdene i samfunnet i lys av en lov, kan forskeren også presisere verdier i lovgivningen. Det sentrale er ikke hvor verdiene kommer fra, men at de gjøres så klare og presise som prosjektet krever. I slike vurderinger av samfunnsforhold er det sentrale kravet at man skal argumentere mest mulig overbevisende. (Ragnvald Kalleberg 1996:18).

Min kritikk av stykkprisfinansieringssystemet tar dermed utgangspunkt i en bekymring for en forvitring av helsearbeidernes fagetiske plattform. Jeg vil argumentere for at profesjonsetikk med stykkprisfinansieringssystemet fremstår som en systemegenskap der helsearbeideren ansvarliggjøres i forhold til å handle på systemets premisser. Dette mener jeg kan medføre at nærhetsetikken som har stått sentralt i helsearbeideres fagetikk og som tar utgangspunkt i relasjonen mellom hjelper og klient ikke lenger står i fokus, men at den riktige praksis skal nedfelle seg gjennom økonomiske incentiver. Jeg tar ikke direkte stilling til om aktørene passer inn i den ene eller den andre handlingsmodellen, da det aldri vil være snakk om noe enten-eller, men en virkelighet som overgår modellene i kompleksitet. Jeg tror heller ikke ensrettet på den normstyrte helsearbeideren, men mener etisk bevissthet i arbeidet med mennesker er viktig for å opprettholde en intern kontroll mellom aktørene på praksisfeltet. Stykkprisfinansieringssystemet kan sies å være et resultat av de tendenser i samtidens politikk til å søke standarder og presis måling av stadig flere aspekter av det menneskelige. Jeg ønsker ut i fra mitt ståsted å diskutere om de gode intensjoner som ligger til grunn for stykkprisfinansieringssystemet kan ha utilsiktede konsekvenser for de sykeste pasientene.

1.3 Problemstilling og oppgavens oppbygning

Problemstillingen for denne oppgaven er: *Hvorvidt kan stykkprisfinansiering i spesialisthelsetjenesten ha vridningsmekanismer i form av at de svakeste pasientene blir nedprioritert og at samfunnet i større grad medikaliseres? Dette gjelder spesielt om stykkprisfinansieringssystemet utvides til å gjelde nye felt i helsesektoren, som for eksempel psykiatri. Formålet med oppgaven min blir altså å se nærmere på hvordan man*

teoretisk og empirisk kan belyse dette, med fokus på systemets logikk og begrunnelse, helsearbeidernes fagetikk og systemets utvidelse til psykiatri.

Oppgavens hoveddel er delt opp i to deler. Del I er en gjennomgang og diskusjon av problemstillingen. I del II knyttes problemstillingen opp mot den politiske prosessen som tok for seg stykkprisfinansieringssystemet i 2003.

Jeg prøver gjennom hele oppgaven å ha fokus på konsekvenser for pasienten, og da med hovedvekt på pasientgrupper som kan sies å ha den største risikoen for å bli ”tapere” i systemet. Hvilke pasientgrupper dette gjelder, kommer jeg tilbake til senere. Jeg tar ikke utgangspunkt i medisinske diagnoser, men har fokus på at de som av systemet ikke defineres som kostnadseffektive, og som dermed kan stå i fare for å bli nedprioritert, ofte har behov som vanskelig kan standardiseres til målbar produksjon. Forskning av sosiologen Dag Album (1991) viser blant annet at sykdommer som lett kan objektiviseres og som medisinsk teknisk kan kureres fort, har vesentlig høyere status i de medisinske fagmiljøene enn sykdomsforløp som er kroniske, patologisk diffuse, psykiske eller fører til en forvitring av det legemlige, som for eksempel døende kreftpasienter. Denne forskningen bygger på en spørreundersøkelse av 98 leger ved et videreutdanningstilbud ved UIO, og et utvalg av legestudenter. Det som raget høyest i prestisje var hjerteinfarkt, leukemi, hjernesvulst og angina pectoris. Lavest prestisje ga schizofreni, angstnevrose, depresjon, skrumplever og fibromyalgi. Album konkluderer med at resultatene er relevante i forhold til å studere prioriteringsmekanismer i helsevesenet.

Dette er forskning forut for innføringen av stykkprisfinansieringssystemet. Det er grunn til å tro at en sammenheng mellom standarder for målbar produksjon og økonomiske incentiver kan føre til at enkelte pasienter ikke får den hjelpen de burde, med tanke på de definerte målsettinger som systemet blir begrunnet med. Hvis det kan sies å være uheldig at noen pasientgrupper har lavere status enn andre i det medisinske miljø, vil det være tiltagende uheldig å innføre et incentiv-system som i praksis også gjør disse pasientene lite kostnadseffektive. Selv om prestisje i seg selv ikke sier noe om prioriteringer, så ligger det i de økonomiske incentivene en fare for en prioritering av lidelser som

samsvarer med hva som innen medisinen gis prestisje, på bekostning av blant annet dødsomsorg og de sykeste psykiatriske pasientene. Problemstillingen må derfor ses på som en belysning av hvorvidt systemet kan tenkes å ha slike effekter. Artikkelen til Dag Album gir i utgangspunktet rom for slike spekulasjoner.

Del I

I de to første kapitlene tar jeg for meg systemets logikk og bakgrunnen for innføringen av stykkprisfinansiering. Stykkprisfinansieringssystemet er inspirert av New public management (NPM), og begrunnes med behovet for effektivisering og modernisering av helsevesenet. Dette behovet for effektivisering og modernisering kommer frem der oppgaven tar for seg innføringen av foretaksreformen i 2002. Jeg ser på denne reformen, der sykehusene ble organisert som 5 regionale foretak, som en institusjonalisering av stykkprisfinansiering som et verktøy for å fremme effektivitet.

Begrepet medikalisering blir brukt for å belyse skolemedisinens posisjon i dagens samfunn og for å underbygge problematiske aspekter ved å konkurranseutsette helsetjenester. Begrepet er omstridt, men jeg mener det er relevant i forhold til å beskrive behovet for effektivisering, men også effekten av standardiseringer som utgangspunkt for produksjonsmål. Med det mener jeg at det økende behovet for helsetjenester delvis kan forklares med at skolemedisinen ekspanderer sitt gyldighetsområde, derfor kreves det tiltak for å møte disse. Sammenhengene her er komplekse og jeg prøver å trekke ut det som er relevant for problemstillingen. At medisinen utvider sitt gyldighetsområde har et komplekst årsaksforhold som omfatter mer enn egennyttige strategier fra profesjon og legemiddelindustri. Det er snakk om en vekselvirkning mellom det økte behovet for helsetjenester i samfunnet generelt og krefter bak utvidelsen av det medisinske gyldighetsområdet, noe som ligger utenfor denne oppgavens agenda å gå konkret inn på. Begrepet er såpass omfattende at slik jeg ser det kunne det i seg selv vært grunnlag for en oppgave. Jeg velger å trekke inn begrepet der jeg drøfter hvorvidt stykkprisfinansiering gjennom sine incentiver kan kommersialisere medisinen ytterligere og dermed virke i medikaliserende retning.

Også i kapittelet der det teoretiske rammeverket trekkes er det pasienten og helsearbeidernes praksis som er i fokus. Jeg prøver å belyse stykkprisfinansieringens eventuelle effekter ved å bruke filosofene Ricoeur og Wittgenstein. Disse bidragene prøver jeg å knytte direkte til den medisinske praksis. Det kan fremstå noe banalt å skjære over flere nivåer på denne måten, men jeg ønsket å få frem sammenhengen mellom vitenskapsteoretisk kommunikasjon og praksis på feltet. Jeg drøfter dette opp mot begrepene om holisme og reduksjonisme. Dette prøver jeg å konkretisere der jeg trekker inn forskjellene mellom medisinsk og økonomisk rasjonalitet. Hovedpoenget er å få frem at stykkprisfinansieringssystemet kommuniserer at økonomisk teori og medisinsk teori kan forenes og objektivt dele de samme målsettinger, noe jeg også prøver å poengtere der jeg drar inn krav til evidensbasert praksis som ytre press på det kliniske system. Med det mener jeg at økonomisk effektivitetssøken gjennom standardisering må sees i sammenheng med økt fokus på standardisering av rett faglig evidensbasert praksis. Stykkprisfinansieringssystemet og krav om evidensbasert praksis blir da to autoritative styringssystemer som begge søker å disiplinere det subjektive kliniske skjønnnet. Det ene søker ved vitenskapelig evidens å luke ut feilbehandling gjennom å eliminere den subjektive feilmarginen. Den andre søker økonomisk effektivitet gjennom å kvantitativt telle og belønne frekvensen av ”riktig” medisinsk praksis. Det teoretiske rammeverket avsluttes med en diskusjon om stykkprisfinansieringssystemet i forhold til fagetikk med utgangspunkt i nærhetsetikk og nytteetikk. Jeg prøver å skissere effekter systemet har for helsearbeiderens praksis og de konsekvenser det har for pasienter som har behov utover det som kan reduseres til ren biologi. Dette er i tråd med det Ole Berg sier om dagens helsevesen i Makt- og demokratiutredningen, der han er skeptisk til at systemet søker å overta for det menneskelige og relasjonelle aspektet gjennom teknifisering og objektivisering av relasjonen mellom hjelper og den syke. Han sier: ”Det skal ikke spille noen rolle hvem legen eller pasienten er. Som mennesker er de begge forstyrrende faktorer” (Berg 2003:95). De subjektive relasjonelle aspekter underlegges en teknisk effektivitetslogikk der det subjektive er forstyrrende i forhold til den standardiserte målstyringen. Jeg prøver å få frem teoretisk hvordan dette kan forklares og eksemplifiserer hvordan dette kan ha effekter som ikke samsvarer med de målsettinger systemet har tenkt å oppfylle. Dette kommer empirisk klarere frem når jeg i del II drar

inn diskursen om stykkprisfinansiering med vekt på systemets logikk, fagetikk og systemets ekspandering til psykiatri.

Del II

I denne delen konkretiseres problemstillingen. Først kommer en redegjørelse og diskusjon rundt Hagenutvalgets (NOU 2003:1) gjennomgang av stykkprisfinansiering, kalt behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Her diskuterer jeg hvordan systemet begrunnes, og hvilke målsettinger systemet skal oppfylle. Her drøfter jeg også systemets logikk opp mot egne erfaringer fra feltet. Jeg gjennomgår høringsuttalelser fra Legeforeningen og Sykepleierforbundet som ble skrevet som tilsvarende til Hagenutvalgets utredning i 2003. Dette konkretiseres med utvalgte elementer fra stortingsmelding 5, som er departementets tilsvarende til prosessen, samt annen relevant forskning.

Sykepleierforbundet og Legeforeningen representerer to sentrale grupper av helsearbeidere. De er begge arbeidstakerorganisasjoner med interessebaserte strategier. Det jeg spesielt er ute etter her, er hvordan de i forhold til stykkprisfinansiering begrunner fagetikk, systemets logikk og systemets ekspandering. Et viktig element å belyse her er hvilke konsekvenser det kan gi at systemet har blitt bestemt innført i psykiatrien, og hvorvidt dette kan sies å være problematiske konsekvenser. Jeg vil se på hvordan innføringen begrunnes og hvilke effekter dette kan tenkes å ha for den enkelte pasient. I denne delen prøver jeg å konkretisere diskusjonen fra del I, og det ble også nødvendig å trekke inn noen nye elementer for å utdype diskusjonen tilstrekkelig.

Avslutningsvis prøver jeg å samle trådene i forhold til problemstillingen i en diskusjon. Deretter kommer jeg med en forsøksvis konklusjon, tuftet på momentene jeg har lagt frem i oppgaven.

Jeg har enkelte steder i oppgaven valgt å henvise til foregående poenger i min egen oppgave. Dette har jeg valgt for at det skal bli lettere for leseren å navigere seg gjennom teksten. Slike henvisninger skrives slik: (s. 30).

1.4 Oppgavens styrker og svakheter

Det er en styrke at oppgaven kan konkretisere aspekter som hadde vært vanskelig uten erfaring fra et spesifikt ståsted i feltet. Dette er imidlertid også oppgavens største svakhet. Når erfaringer skal bearbeides og knyttes til teori må man forenkle og tilpasse de erfaringer man har. Jeg vil aldri ha mulighet til å se feltet uten å være farget av egen rolle. Dette er også et problem i forhold til oppgavekrav til analytisk distanse. Jeg har mange erindringer av at systemet overlater lite handlingsrom til enkeltmennesket, ofte i situasjoner der jeg selv har vært en involvert aktør. Når man har så vidt sterke følelser mot et slikt system og da som representant for et helsefag, blir også den analytiske distansen vanskeligere å etablere. Skriveprosessen har derfor også vært en bearbeidelse av disse inntrykkene, og et stadig forsøk på distansering. Et annet problem med at jeg skriver om en yrkesgruppe jeg selv tilhører, er at jeg problematiserer også i stor grad legenes rolle. Dette er selvsagt naturlig i forhold til den medisinske definisjonsmakt, men problematisk i forhold til at jeg selv representerer en yrkesgruppe som i stor grad er underordnet legene. Å være sykepleier med kritisk blikk på medisinsk praksis kan fremstå som en kontrovers om fag og makt fra et helsefagperspektiv og dermed mindre sosiologisk. Jeg utelukker ikke at jeg kan være påvirket av slike fagdiskurser, men ønsker samtidig å påpeke at dette systemet har tilhengere og motstandere i alle leire i helsevesenet og at jeg har et kritisk blikk også på min egen faggruppe. Intensjonen min har vært å rette et kritisk blikk på systemet og ikke ”fremme sykepleiernes sak”. Derfor søker jeg å beskrive systemet som sosiolog, og kun la sykepleieempirien komme til anvendelse der den konkretiserer aspekter som er viktig for å forstå systemets effekter på relasjonen mellom hjelper og pasient.

2.0 Metode

Som metode har jeg valgt å kalle oppgaven min for én casestudie. Min case er stykkprisfinansieringssystemet i helsevesenet, og oppgaven min er en verdiladet kritikk

av dette systemet. I følge Charles C. Ragin er det viktig å klargjøre sitt utgangspunkt for spørsmålsstillingen. Han sier: “Virtually every social scientific study is a case study or can be conceived as a case study, often from a variety of viewpoints. At a minimum, every study is a case study because it is an analysis of social phenomena specific to time and place” (Ragin 1992:43). Metoderammeverket for mitt særskilte casestudie er spørsmålene jeg stiller i forhold til stykkprisfinansieringssystemet, mitt utgangspunkt og hvordan jeg metodisk tilnærmer meg svarene. Jeg har i min casestudie valgt å benytte dokument\diskurs-analyse og deltagende observasjon for å belyse de spørsmålene jeg stiller til min case. Dette er satt i sammenheng med teori som er relevant for caset. Casestudier er en intensiv forskningsstrategi og skiller seg fra for eksempel surveybaserte forskningsstrategier. Ragin (1992) påpeker at dette er en strategi som er velegnet der utgangspunktet er realistisk epistemologi, og at casestudier er velegnet til å gi marginaliserte grupper en stemme. I oppgaven min forsøker jeg å skissere effekter av stykkprisfinansieringssystemet i forhold til at systemets incentiver kan føre til en nedprioritering av enkelte pasientgrupper, slik at de som har de største behov, i forhold til de behov som det er et politisk ønske om at systemet skal ivareta i henhold til en tanke om at tilgjengelighet for ”de som trenger det mest”, likevel nedprioriteres i fordelingen av knappe helsegode.

Charles C. Ragin (1994) beskriver også en tredje vei mellom induksjonen og deduksjonen som metode for å velge teori eller empiri som innfallsvinkel for å forstå samfunnsfenomener. Denne tredje veien kaller han retroduksjon, en metode som søker å forklare hendelser ved å postulere og identifisere mekanismer som er i stand til å utløse dem, og søker dermed å kombinere induksjon og deduksjon.

Slik jeg forstår retroduksjon dreier det seg om en erkjennelse av at ren induksjon er umulig. Min subjektposisjon og valg av tema gjør at et skille mellom induksjon og deduksjon blir umulig å fremstille. Retroduksjon blir slik en fremstilling der den bakenforliggende hermeneutiske tolkningsprosessen ikke lar seg dedusere. Siden det dreier seg om å kartlegge en substansiell mening som aktørene i feltet ikke nødvendigvis

er seg diskursivt bevisst, og der ”forskeren” prøver å se seg selv utenfra, kan man ikke skille mellom de ulike rammer for tolkning.

Casestudier i forhold til verdiladete spørsmål som jeg stiller i denne oppgaven kan være problematisk med hensyn til generaliserbarhet. Statsviteren Svein Andersen skriver følgende om generaliseringer i forhold til casestudier:

”Hva slags krav bør vi stille til gode generaliseringer? Et er at de bør være i stand til å sammenfatte et komplekst casemateriale på en enkel måte, uten at det oppfattes som om vesentlige sider ved en case går tapt. Et annet er at generaliseringer bør være forenlig med annen eksisterende kunnskap på området. Et tredje er muligheten for å teste ut generaliseringer basert på casemateriale. Teori og empiri må være tett sammenkople. Det må være mulig å spesifisere hvilke empiriske observasjoner som ville overbevise oss om at teorien var gal”
(Andersen 1997:163)

Generaliseringer i denne oppgaven er forenlig med mitt verdimessige utgangspunkt. Teori og empiri er koblet sammen slik at det er mulig å identifisere hvilke empiriske betraktninger som underbygger kritikken mot stykkprisfinansiering. Empirien er også knyttet opp mot relevant forskning og teori. I noen eksempler har jeg anvendt min egen erfaring uten en systematisk og vitenskapelig sortering av feltarbeidet, noe som fra et vitenskapelig ståsted kan virke betenkelig og som gjør empirien åpen for kritikk. Jeg prøver imidlertid å vurdere disse betraktningene i en sammenheng, idet jeg kobler dem opp mot stykkprisfinansieringssystemets logikk og det teoretiske perspektivet i oppgaven.

2.1 Diskursanalyse

Datasettet i del II i oppgaven bygger på offisielle politiske dokumenter som omhandler stykkprisfinansiering og som analyseres for å belyse oppgavens problemstilling. I oppgavens bakgrunnskapittel er det også brukt dokumenter fra prosessen rundt innføringen av sykehusreformen i 2002. Disse er ikke gjenstand for analyse, men er ment som et bakgrunnstappe for oppgavens tema.

Dokumentene skaffer informasjon om stykkprisfinansiering og de forskjellige aktørers stemmer i tilknytning til dette. De svarer på spørsmål som for eksempel hva innebærer stykkprisfinansiering, hvordan er det ment å virke, hvilke målsettinger skal realiseres, og hvilke verdier bygger det på? Og hvordan begrunnes dette?

John Scott (1990 i Lian 1999) skiller mellom to typer av systematisk bruk av dokumenter i forhold til hvilket formål arbeidet har, enten et deskriptivt eller et analytisk formål. Et dokument tjener et deskriptivt formål når det brukes til å beskrive de forhold det refererer til. Når det blir brukt til analytiske formål, kan hensikten være å forklare eller forstå dets form og innhold, for eksempel å belyse de sosiale prosessene som dokumentet har blitt ”produsert” gjennom.

I denne oppgaven er dokumenter brukt på begge måter. Både deskriptivt i å forklare stykkprisfinansieringens logikk, men også analytisk i det å tolke også de utematiserte forutsetninger som ulike stemmer hviler på. Også her er utgangspunktet for tolkningen vurderende. Maktperspektiver kommer tydelig frem, men ulike maktbegreper er ikke eksplisitt definert i oppgaven.

Språkforskeren Ellen Andenæs (2005) beskriver diskurser som samfunnets lange samtaler og som dynamiske forhandlinger om mening, utstrakt i tid og rom. Når det gjelder diskursen rundt stykkprisfinansiering og de dokumenter og artikler jeg har brukt til å beskrive fenomenet, så dreier det seg om slike samtaler på flere nivåer. De samme aktørene kan beskrive temaet ut i fra veldig forskjellige forståelsesrammer, derfor er det viktig å kunne knytte de ulike uttalelser til den tidsbestemte konteksten og til hvordan ulike grupper definerer sin plass i forhold til stykkprisfinansieringssystemet. For eksempel er Sykepleierforbundet sine høringsuttalelser preget av ambivalens. Argumentasjonen veksler mellom å være systemkritisk og å argumentere for synliggjøring av eget fag, og da på systemets premisser. Det er derfor ikke mulig å avdekke ensrettede strategier. For å belyse fenomenet stykkprisfinansiering har jeg prøvd å knytte diskurs opp mot empiri og teori.

2.2 Deltagende observasjon

Deltagende observasjon slik jeg har utført i denne oppgaven har en rekke problematiske elementer. Utgangspunktet mitt er at de verdier (også mine egne) som ligger til grunn for praksis er ambivalente og således vanskelig å generalisere. Siden jeg også er en maktutøvende aktør på feltet er det vanskelig å presisere om min problemstilling i utgangspunktet er motivert induktivt gjennom empirien eller deduktivt gjennom den teori jeg har tilegnet meg på universitetet. Målet er å beskrive hvordan helsearbeidere faktisk handler i forhold til incentivene om stykkprisfinansiering, både i den pasientnære praksis og som kollektive aktører gjennom fagforeningsuttalelser og profesjonskamp. Siden dette er en casestudie om stykkprisfinansieringens eventuelle vridningsmekanismer er det mange detaljer og tendenser jeg ikke har fått plass til i oppgaven. Min erfaring er at teoretikere på et langt høyere nivå enn meg ikke får med seg viktige elementer. Ved å beskrive den sosiale verden også fra et "innenfra"-perspektiv vil jeg prøve å vise den "hverdagsforståelsen" som gjelder i feltet, og hva den blir påvirket av. Dette prøver jeg å få frem ved å trekke diskusjonen ned på et empirisk nivå. Katrine Fangen (2004) beskriver deltagende feltarbeid som en metode som tvinger deg til å reflektere over en lang rekke metodiske, vitenskapsteoretiske og etiske problemstillinger. Slik jeg har brukt metoden skiller den seg en del fra det Fangen beskriver i sin metodebok. I motsetning til et vitenskapelig feltarbeid som starter med et samfunnsvitenskapelig utgangspunkt, er det for meg feltarbeidet som har ført meg inn i samfunnsvitenskapen. Empirien kommer da i stor grad forut for de teoretiske knaggene som jeg har tilegnet meg gjennom sosiologien. Den kontakten jeg har hatt med feltet etter at jeg begynte å studere sosiologi er en kombinasjon som har gitt meg et bredere begrepsapparat til å sortere de inntrykk jeg sitter med og de nye betraktninger jeg gjør meg. Når det gjelder de grundige forberedelser og gjennomføringsteknikker som Fangen skisserer må jeg innrømme at mitt feltarbeid virker noe overflatisk. Likevel må det presiseres at det også er dyptgående med hensyn til både varighet og delaktighet i feltet.

2.3 Validitet

Selv om utgangspunktet i problemstillingen er kritisk så har den refleksive tolkningsprosessen hele tiden gjort at fokuset har forandret seg. Fremstillingen er så autentisk jeg har klart å få til, der subjektposisjonen ikke kan ses atskilt fra fremstillingen. Validitet henspeiler til oppgavens gyldighet og måles etter flere kriterier. Jeg har valgt å beskrive min oppgave i forhold til pragmatisk validitet. Fangen beskriver dette slik: ”Pragmatisk validering vil si at du vurderer kunnskapen ut fra om den kan bidra til at du oppnår ønsket resultat. Slik validering er i tråd med Marx (1845) sin tankegang om at vurdering av forskningens gyldighet ikke er et teoretisk, men et praktisk spørsmål. Marx kritiserer filosofer for å tolke verden på ulike måter, mens det vesentlige er hvordan vi skal forandre den” (Fangen 2005:202). Et slikt validitetskriterium står bra til denne oppgaven. Oppgaven tar i bruk filosofi for å gi substansen forklaringskraft. Filosofien i sin abstrakte form er forsøkt knyttet til problemstillingens kritiske blikk på stykkprisfinansiering. Denne fremgangsmåten er konkret og styrker validiteten fordi retorikken også kan etterprøves om man har et annet syn. Reliabiliteten, som forstås som hvorvidt mine observasjoner ville vært like om de var gjentatt av en annen forsker (Fangen 2005), er mangelfull. Oppgavens verdimesse utgangspunkt og spesifikke empirigrunnlag gjør at like observasjoner ikke er sannsynlig. Jeg mener likevel at mangelfull reliabilitet i oppgaven ikke svekker validiteten, da oppgavens utgangspunkt og målsetting er grundig gjort rede for, og oppgaven ikke har noen målbar konklusjon.

Del I

3.0 Hva er stykkprisfinansiering? Hva skal det løse? Hvordan ble det innført?

I dette kapittelet er fokuset på to ting. Først: Hva er stykkpris, og hva skal det løse?

Senere i kapitlet vil jeg skissere hvordan innføringen av stykkpris gikk for seg.

Innledningsvis ønsker jeg å gi et innblikk i hva som skal være incitament til effektivitet.

Skal institusjoner og individer vurderes i henhold til hvor mye de produserer må også produksjonen kunne måles. Innsatsstyrt finansiering (ISF), altså stykkprisfinansiering, er et system som er basert på å telle diagnoserelaterte grupper, såkalte DRG.

Produksjonskreftene blir da helsepersonell og produksjonen måles i antall DRG-poeng.

DRG-poengene baseres på et gjennomsnitt av hvor mye ressurser de ulike medisinske utredninger og behandlinger skal koste. Disse poengene er direkte knyttet til hvor mye penger den enkelte institusjon eller privatpraktiserende får som støtte til å drifte den enkelte praksis eller avdeling. Tidligere ble sykehusene finansiert gjennom rammebevilgninger der det ble gitt faste overføringer hvert år og der det enkelte sykehus hadde et budsjett å forholde seg til. I dette kapittelet prøver jeg først å beskrive DRG-kodene som verktøyet i innsatsstyrt finansiering og deretter knytte det opp mot en oppsummering av den politiske prosessen bak foretaksreformen i 2002.

3.1 ISF og DRG

DRG (diagnoserelaterte grupper)-systemet ble opprinnelig utarbeidet i USA i 1970-årene av en gruppe forskere som hadde som oppgave å utvikle et klassifiseringssystem som skulle forbedre muligheten for å måle sykehusenes produktivitet og effektivitet, samt styre og kontrollere ressursforbruket. Det ble utarbeidet etter krav fra forsikringsbransjen som savnet presise kostnadsoverslag (Lian 2003, Eilertsen 2003).

I årene 1991-1993 ble det gjennomført forsøk med stykkprisfinansiering basert på DRG-systemet ved fire somatiske sykehus i Nordland og Hordaland. Evalueringene av dette forsøket ga ingen indikasjon på at stykkprissystemet hadde fremmet kostnadseffektiviteten i sykehusene. Sommeren 1995 ble prøveprosjektet behandlet i stortinget som vedtok at en kombinasjon av stykkprisbetaling (40 %) og rammefinansiering (60 %) ikke skulle innføres. Senere samme år avløste Gudmund Hernes Werner Christie som helseminister. Etter hundre dager i tenkeboksen foreslo Hernes likevel å innføre stykkprisfinansieringen med fordelingen 30 % stykkpris og 70 % ramme, og med det nye navnet ISF (innsatsstyrt finansiering). Innsatsstyrt finansiering ble innført juli 1997 i alle somatiske sykehus i Norge i den hensikt å øke deres behandlingsaktivitet og kostnadseffektivitet.

”Vanskelig blir det også i fremtiden. En rekke, tildels upopulære valg, må tas - for å sikre befolkningen anstendig behandling fra det offentlige helsevesenet. - Vi har kommet så langt at vi kan komme til kort. Helsevesenet er fanget av egen suksess. Nå må mange sykehus omorganiseres internt slik at spesialistenes tid brukes mot det pasientene trenger mest”. (Helseminister Gudmund Hernes 1. april 1996, etter 100 dager i "tenkeboksen" Dagsavisen 2. april 1996)

Etter foretaksreformen i 2002 ble stykkprisdelen økt til 55 % (stykkprisdelen er basert på DRG-systemet). Betalingen går til det regionale helseforetaket som har ansvaret for å formidle dette videre til underliggende foretak og private aktører (Lian 2003)

I 2003 ble forholdet mellom stykkpris/ramme endret til henholdsvis 60/40 før den i 2004 ble redusert til 40/60 på grunn av uforutsett aktivitetsvekst. I budsjettsforliket mellom regjeringen og FRP høsten 2004 ble stykkprisandelen justert tilbake til 60/40, noe som trådte i kraft 1/1 2005 (Eilertsen 2005). Sosiologen Olaug Lian beskriver stykkprisingens fordelingsrasjonalitet slik:

”Overgangen fra rammefinansiering til stykkprisfinansiering innebærer en omlegging til et produksjonsbasert finansieringssystem. Rammefinansieringen kjennetegnes ved at sykehusenes inntekter fordeles etter antatte behov, med utgangspunkt i demografiske behovsindikatorer(...) Gjennom stykkprissystemet fordeles midlene etter dokumenterte ytelser, ikke antatte behov(...) Det er kun mengden av produksjon og ikke hva som produseres som vektlegges. Selv om sykehusene øker aktiviteten, er det altså ingen garanti for at de behandler de riktige pasientene”(Lian 1999:377)

Det er altså produksjonen av helse som måler effektiviteten og ikke de reelle menneskelige behovene. Det som skiller de to finansieringssystemene er at det med rammefinansiering er kategoriene som er definert av pasientens behov for medisinsk behandling. Med stykkprisfinansiering er beslutning om valg av behandling tatt ut av konteksten. Det er ikke legen i samhandling med pasienten som definerer pasientens behov, men hvilke tiltak som lønner seg økonomisk til å løse pasientens helseproblem, i ytterste instans kanskje også til å finne pasientens helseproblem. Legen skal prioritere som en rasjonell aktør på den måten at det skal foretas et valg av mål og midler der

belønningen er inntjening til legen selv, eller den institusjon legen representerer. De kliniske handlinger skal rasjonaliseres med økonomisk inntjening som incentiv.

Lian sier dette om inkonsekvensen mellom legens samfunnsansvar og incentivene i stykkprisfinansieringssystemet som Legeforeningen støtter:

”På den ene siden ønsker legeprofesjonen tillit fra pasienter og samfunn. Det forutsetter at legen er homo sociologicus. På denne bakgrunn kritiserer legene økt vektlegging av effektivitet i sykehus gjennom eksempelvis innsatsstyrt finansiering. På den annen side – og særlig innenfor allmennmedisin og privat spesialistpraksis – ønsker man et incentivbasert system. Det forutsetter at legene er homo economicus. Profesjonen synes ikke å være nevneverdig plaget av at dette er synspunkter og ideologier som prinsipielt er motstridende. I norsk helsepolitikk er økonomiske incentiver et virkemiddel som vinner innpass på stadig nye områder, en utvikling som i økende grad blir støttet av legeprofesjonen selv” (Lian 1999:385)

Lian advarer også mot hvilken effekt dette kan ha for tilliten til profesjonen.

I en SINTEF-rapport fra slutten av 2003 skriver Jorid Kalseth:

”Prinsippet bak DRG-systemet er at pasienter som er ressursmessig og medisinsk homogene skal havne i samme DRG. Basert på en fordeling av kostnader ved et utvalg sykehus beregnes så det relative forholdet mellom kostnadene i hver gruppe – de såkalte kostnadsvektene... Det er ikke vanskelig å finne ankepunkter mot DRG-systemet eller mot de tilhørende kostnadsvektene. Betydelig vanskeligere er det imidlertid å finne et alternativ som vil fungere bedre både som grunnlag for finansiering og som grunnlag for pasientklassifisering. For vårt formål er imidlertid spørsmålet om DRG-systemet slik det har fremstått og med de kostnadsvektene som hører til kan benyttes som et grunnlag for måling av effektivitet ved sykehusene? Svaret på det er (dessverre) verken et kategorisk ja eller nei. Kravet til kvaliteten til DRG-systemet avhenger av på hvilket nivå og til hvilket formål man ønsker å benytte resultatene av effektivitetsmålingene”. (Kalseth 2003:53)

Innsatsstyrt finansiering gjennom DRG-systemet er med andre ord ingen ideell løsning, men kan forbedres gjennom en mer presis vekting av den aktuelle produksjonen. En slik utvikling vil forutsette at det eksisterer presise kategorier og at disse defineres ut fra et reelt kostnadsoverslag der alle elementer er tatt med i betraktningen. Dette vil kunne

medføre at det brukes mye ressurser på å dokumentere produksjon for å oppnå en presis vekting. Et eksempel på dette kan være innenfor kreftomsorg. For en døende kreftpasient blir det i dag utløst DRG-poeng hvis en sykepleier må legge ned en ventrikkelsonde for å dempe pasientens besvær med kvalme. Det blir imidlertid ikke utløst DRG-poeng for støttesamtale ovenfor et menneske i eksistensiell krise. Hvis for eksempel støttesamtalen i seg selv demper pasientens kvalme gjennom at den kan ha en angstdempende effekt, så vil inntjeningen på tiltaket forsvinne selv om løsningen både er billigere og mer effektiv.

Det eksisterer mange dilemmaer av denne typen i forhold til systemet slik det fremstår i dag og hvor løsningen ifølge systemets logikk er å vekte alle tiltak på alle nivå. Hvor mye ressurser går bort på å dokumentere dette, og hvordan skal ressursbruken til å dokumentere eventuelt vektas? Det er som Kalseth sier like lett å komme med innvendinger mot DRG-vektingen som det er vanskelig å skissere alternativer. Et poeng i så måte er å se på debatten som har versert rundt denne finansieringsmodellen for å se klarere om den virker i henhold til hensikten. For å belyse oppgavens problemstilling blir det derfor viktig å beskrive den politiske prosessen forut for sykehusreformen.

3.2 En gjennomgang av veien mot sykehusreformen som trådte i kraft i 2002.

Sykehusreformen av 2002, også kalt foretaksreformen, kom som et resultat av de stadige budsjettoverskridelsene som rammet helsevesenet. Disse budsjettoverskridelsene ble ofte knyttet til at rammefinansieringen ikke ga noe incitament til produksjon. Et annet element er det stadig større spriket mellom tilbud og etterspørsel etter helsetjenester. Det som er medisinsk og teknologisk mulig å behandle stiger fortere enn det som er økonomisk og etisk forsvarlig. Denne forskjellen blir omtalt som helsegapet. Dette kan også knyttes til en medikaliseringstendens, noe oppgaven tar for seg senere. Utviklingen tvinger frem prioriteringer utført av staten, markedet eller profesjonsstyret, eller som regel en kombinasjon av disse (Lian 2003). Sykehusreformen kan således ses på som en reaksjon for å møte dette økende behovet. Institusjonalisering av innsatsstyrt finansiering, ISF, blir slik den mest logiske løsningen på den stadige kostnadsveksten. Dette er et kort sammendrag av prosessen bak reformen og hvilke problemer den var tenkt å skulle løse:

Den første fasen frem mot reorganiseringen av spesialisthelsetjenesten i Norge kom til uttrykk i daværende statsminister Jens Stoltenbergs tiltredelseserklæring, holdt på Stortinget 22. mars 2000. I talen lovte han en mer robust sykehusdrift:

”(...) Vi har et godt helsevesen,(...) men det er problemer. Vi har uakseptable køer(...) Sykehusene har større utgifter enn inntekter(...) Dette er ikke bare et pengespørsmål. Det er også et stort organisasjonsspørsmål”(Tale av Jens Stoltenberg 6/6 2000).

Løsningen var ifølge Stoltenberg en reform av drift, organisering og finansiering av helsevesenet. Da Tore Tønne overtok helseministerposten etter Dagfinn Høybråten var helsevesenet i dyp finansiell krise.

For å opprettholde driften bevilget Stoltenberg-regjeringen 1,25 milliarder kroner i ekstrabevilgning (st.prp.nr 47 1999-2000).

”Det behandles flere pasienter enn før, men tjenesteproduksjonen står ikke i forhold til utgiftene. Samfunnet bruker i dag 40 milliarder årlig på sykehusene og den øvrige spesialisthelsetjenesten. Vi er et av de landene i Europa og det landet i Norden som bruker mest penger på helsevesenet. Vi skal bruke mer, men vi vil ha mest mulig igjen for pengene”

var helseminister Tore Tønne sin begrunnelse (pressemelding fra sosial og helsedepartementet 2001).

Statsminister Stoltenberg mente at det måtte bli et mer avklart ansvarsforhold mellom sykehusene og dens eiere:

”[A]nsvaret for resultatene blir for pulverisert,(...) sykehusene skylder på detaljstyring og manglende bevilgninger(...), fylkeskommunen skylder på manglende bevilgninger og tiltaksløs ledelse, mens staten betaler og kan ikke stille krav verken til ledelse eller til styringsforhold. Derfor vil regjeringen komme med forslag om endringer av helsevesenet i form av reformer når det gjelder disse spørsmålene og problemene” (kronikk av Jens Stoltenberg i Dagsavisen 29/7 2000, gjengitt i Hess 2002).

På Arbeiderpartiets landsmøte en måned senere ble det lagt frem forslag om at det skulle arbeides for en statlig overtakelse av sykehusene. Dette ble vedtatt av 200 mot 82 stemmer som ønsket at fylkeskommunen fortsatt skulle stå som eier. Dette ble starten på den såkalte foretaksreformen. På Buskerud sentralsykehus 1. desember 2000 ble reformen lagt frem av statsminister Stoltenberg og helseminister Tønne. ”Fest sikkerhetsbeltene for her kommer det til å bli høy fart” ble Tønne sitert på i Aftenposten (Aftenposten 02/12-00, i Herfindal 2004). Lovforslaget skulle legges frem for stortinget før påske og før sommeren skulle den være ferdigbehandlet. Fra januar 2002 skulle den iverksettes. I Dagsavisen 05/12-00 ble Tønne sitert på at ”mye må avklares på etterhånd”. Tempoet i prosessen førte til at man unngikk grundige utredninger av fristillingen av sykehusene som statsforetak, noe som ville kunne forsinket prosessen betraktelig (Hess 2003).

Lovforslaget ble sendt ut til høring 18. januar 2001 med en svarfrist på seks uker mot tre måneder som er det normale.

”Fristen for høringsuttalelsene er fastsatt ut fra hensynet til at en så viktig del av samfunnssektoren ikke kan ha uavklarte spørsmål om ansvar og eierforhold over lang tid. Regjeringen legger derfor til grunn forslag til eierskapsreform skal fremlegges for behandling i stortinget i vårsesjonen, slik at reformen kan iverksettes fra 1. januar 2002” (SHD-Høringsbrev 18/01-01).

I forhold til finansieringsordninger lå det i høringsbrevet ingen forslag til endring av ordningen med innsatsstyrt finansiering, men nå med helseforetakene som tilskuddsmottaker. Det ble likevel presisert at man burde ha en bredere gjennomgang av finansieringsalternativer ved en senere anledning¹.

I Den norske legeforenings høringsuttalelse var man positive til de grepene som nå ble gjort i helsesektoren. De var for en statlig overtagelse, og foretaksorganisering som

¹ Dette ble fulgt opp gjennom Hagenutvalgets innstilling om finansieringen av spesialisthelsetjenesten, som oppgaven vil ta for seg i et senere kapittel.

organisasjonsmodell. De savnet derimot en bedre avklaring på finansieringsmodeller og avtaler med foretakene. De ønsket at økonomiske incentiver og lønn kunne brukes der hvor ansvaret for oppgavene og prioriteringene ble lagt. De ønsket også et avtaleforhold som ga grunnlag for en bedre samhandling med den del av spesialisthelsetjenesten som ble utført av de private spesialistene. Legeforeningen ønsket å videreutvikle samarbeidet med privat spesialistpraksis, som de mente representerte en viktig avlastning for poliklinikkene (DNL- høringsuttalelse 2001).

Norsk Sykepleierforbund støttet også en statlig overtagelse, men da som en forvaltningsmodell. De viste til tidligere utredninger der statsforetak ikke hadde fått flertall. Et ønske om å unngå privatisering var også et stort tema i uttalelsen. De ønsket en grundigere gjennomgang av hvordan bestiller/utfører rollen skulle ivaretas og hvordan funksjonsfordelingen ville foregå. Det ble også satt krav om at arbeidstakerorganisasjonene måtte få minst tre representanter i styret (NSF høringsuttalelse 2001).

Legeforeningen og Sykepleierforbundets argumentasjon rundt stykkprisfinansiering, og da knyttet opp mot Hagenutvalgets innstilling (NOU 1:2003), vil være gjenstand for tematisering og tolkning i senere kapitler.

På samme tid som fristen for levering av høringsuttalelsene gikk ut, gikk ti leger fra ulike sykehus sammen om en motmelding. Denne var ledet av overlege Mads Gilbert og innholdt en krass kritikk av reformens innhold som de mente

”(...)dreier seg om vi skal gjennomføre et fundamentalt systemskifte i norsk helsepolitikk – fra forvaltningsstyre med pasienten som uegennyttig mål – til et bedriftsøkonomisk markedsstyre med pasienten som middel for økonomisk inntjening” (motmelding 15/2 2001).

Innholdet ble også kritisert fordi det manglet utredning i forkant, og for å føre til en avdemokratisering.

”Uvanlig kort høringsfrist”, ”gjennomført på rekordtid”, ”politisk kupp”, ”en udemokratisk og useriøs prosess”

var noen begreper som ble brukt for å karakterisere prosessen(Herfindal 2004).

Sykehusreformen/foretaksreformen ble vedtatt av stortinget 6. juni 2001. Flertallet ble sikret gjennom et samarbeid mellom FRP og AP. I regjeringens forslag til lov står det blant annet

”Departementet vil ikke foreslå at det lovfestes en plikt til å åpne foretaksmøter for offentligheten(...) Å la enkeltgrupper og enkeltinteresser representeres vil dessuten stride mot ideen om styret som kollegialt organ”(Ot.prp.nr.66 2001).

Sykehusene ble organisert i statlige foretak som i størst mulig grad skal drives etter vanlige, bedriftsøkonomiske prinsipper. Dette innebærer et finansieringssystem med vekt på stykkprisbetaling, pasientrettighetslover med individuelle behandlingsgarantier, som sidestiller private og offentlige sykehus. Det ble innført en offensiv politikk for å godkjenne flere private sykehus og stimulere til at flere skulle tegne private helseforsikringer. Dette utgjør til sammen en helhetlig politikk for en markedsbasert spesialisthelsetjeneste (Eilertsen 2003).

4.0 Teoretisk bakgrunn

I dette kapittelet skal jeg ta for meg to teoretiske begreper. Først kommer en gjennomgang av New public management, som er en teoretisk samlebetegnelse på reformer som søker å effektivisere offentlig sektor gjennom konkurranseutsetting. New public management blir da en slags ideologisk verktøykasse der innsatsstyrt finansiering (ISF) blir verktøyet som skal virkeliggjøre målene innen helsevesenet. Deretter vil jeg gjøre rede for begrepet medikalisering og drøfte dette opp mot ISF, ettersom

medikalisering beskriver et fenomen som er relevant i forhold til hva som driver folks forventninger til helsevesenet. Medikalisering er derfor et begrep som kan brukes til å beskrive hvordan den sosiale virkeligheten responder på ISF som autoritativt styringssystem, og hvorvidt ISF ble innført som et forsøk på å begrense medikaliseringsutviklingen i samfunnet.

4.1 New public management

En hovedtrend som har gjort seg gjeldende innen offentlig forvaltning i de senere årene er det som går under samlebetegnelsen New public management (NPM). I Norge har dette vært spesielt tydelig siden midten av nittitallet. Sterke kjennetegn ved NPM er troen på konkurranseutsetting og privatisering. Konkurransmomentet sikres gjennom innslag av lønn basert på prestasjoner og kamp om kontrakter mellom ulike tilbydere av velferdstjenester. Helsesektoren består av mange ulike aktører, alle med egeninteressebaserte strategier. Aktørene kan deles inn i fem hovedtyper:

- De politisk-administrative institusjonene som kommune og fylkeskommune (eller regionale foretak etter 1\1 2002. Egen anmerkning)
- De faglig-administrative institusjonene som offentlige og private tjenesteprodusenter som sykehus og primærhelsetjenesten.
- Profesjonsorganisasjonene.
- Brukerne og brukerorganisasjonene.
- Andre aktører som medier og legemiddelindustrien (Hallandvik 2002).

Gjennom sykehusreformens omorganiseringer, både i forhold til eierstruktur og bruken av økonomiske incentiver, skal effektivisering oppnås gjennom et konkurranseforhold mellom ulike tilbydere og kjøpere av helsetjenester. En slik utvikling vil kunne medføre en ny type strategi fra de ulike aktørene. Profesjonene må balansere egeninteresser i form

av å synliggjøre sin aktivitet i finansieringssystemet opp mot fagetikk.

Pasientorganisasjonene må argumentere for at deres pasientgrupper vektet slik at de blir mest mulig kostnadseffektive. Ledere innenfor ulike sektorer av spesialisthelsetjenesten må vurdere inngrep, utredninger og behandling ut fra hva som vil fremme inntjening.

Legemiddelindustrien må drive lobbyvirksomhet der de må legitimere at deres løsningsregimer er i samsvar med kategoriene (DRG) og systemets krav om behandlingseffektivitet. Effektiviteten skal sikres gjennom en spillsituasjon basert på den nyliberalistiske ideologien i New public management.

Sosiologen Olaug Lian bruker Hood (1991) for å gi en fremstilling av hovedtrekkene i NPM. Dette oppsummeres i syv punkter:

1. *Det er resultatene som teller: Resultater er viktigere enn regler og prosedyrer fordi det primære formålet med offentlige organisasjoner er å produsere goder som samfunnet har bruk for.*
2. *Klare målsettinger og resultatkrav: Mål bør defineres på en tydelig måte, og det bør settes klare resultatkrav for virksomheten. Dette gjør det mulig å fastslå i hvilken grad virksomheten oppnår de resultater som er forutsatt.*
3. *Desentralisering og oppsplitting: Store offentlige organisasjoner bør deles opp i mindre og mer styrbare enheter med ansvar for spesifikke oppgaver. Samtidig bør enheter som driver med offentlig tjenesteproduksjon, skilles ut fra politisk og strategisk ledelse i det offentlige. Enhetene bør samarbeide med hverandre "på armlengdes avstand", gjerne gjennom bruk av kontrakter.*
4. *Mer konkurranse: Bruk av kvasi- eller interne markeder mellom enheter i det offentlige skaper konkurranse mellom offentlige tilbydere av tjenester og bidrar dermed til utvikling av bedre tjenester og/eller produksjon til lavere kostnader. Privat sektor bør få konkurranse på lik linje med offentlige organisasjoner når det gjelder noen oppgaver (konkurranseutsetting), mens andre oppgaver bør løftes ut av offentlig sektor i sin helhet (privatisering).*
5. *Gjøre mer med mindre: Offentlige organisasjoner bør bli mer kritiske til egen ressursbruk, legge større vekt på å kutte kostnader, unngå sløsing og drive virksomheten så effektivt som mulig. På et mer overordnet nivå bør det offentlige dreie ressursbruken mot områder og oppgaver som bidrar mest mulig til å nå viktige politiske mål.*
6. *Profesjonell ledelse: Ledere av offentlige organisasjoner bør ha reell makt over hvordan organisasjonen innretter seg, og de bør stå personlig ansvarlig for resultatene.*
7. *Nye styrings- og ledelsesformer: Offentlige organisasjoner har klare likhetstrekk med organisasjoner innen privat sektor, som er kommet mye lenger når det gjelder å utvikle teorier og verktøy for å kunne drive god styring og ledelse.*

Ledere i det offentlige bør lære av privat sektor og blant annet ta i bruk rekrutteringssystemer som sikrer en riktig sammensetning av staben og incentivsystemer som belønner gode resultater. (Lian 2003: 97-98)

Professor i statsvitenskap Tom Christensen definerte NPM slik i en kronikk i Dagbladet:

”NPM er ikke et homogent program for reform av offentlig sektor, men en litt løs samling av ideer og konkrete reformelementer. Hovedvekten er på økonomisk effektivitet, markedstenkning, management, fristilling, økt bruk av kontrakter, økt vekt på brukerhensyn, osv. NPM representerer det som er blitt kalt «supermarkedsstaten», og den utfordrer den tradisjonelle, sentraliserte stat... Innslaget av NPM er ofte fremstilt som en nødvendighet for å konsolidere og forsvare velferdsstaten og har gitt et potensial for svekket politisk styring” (Christensen i Dagbladet 10.03.2000).

Christensen er en av mange akademikere som bekymrer seg over hvorvidt oppsplitting og konkurranseutsetting av offentlige tjenester på sikt vil kunne føre til et demokratisk underskudd. Hvis forvaltningsansvaret overlates til styresammenslutninger som er unndratt allment innsyn kan det være grunn til slik bekymring.

Samfunnsgeografen Karen Sehested (2002) skriver at vi i Skandinavia ikke har kommet like langt som de fleste land i den vestlige verden i å ta i bruk NPM-inspirerte verktøy i organiseringen av offentlige tjenester. Et sentralt poeng i denne oppgaven blir å få frem hvordan målstyring innenfor enkelte områder av offentlig sektor smitter over på de områdene som ikke er organisert etter definerte produksjonsmål. Det kan være en tendens til at de områdene som kan vise til resultater fremstår som mer effektive og dermed som en virksomhet med en bedre kvalitet. Dette fordi de definerte målene synliggjør aktiviteten slik at andre sektorer vil søke samme organisering for å dokumentere egen aktivitet. Dette er aktuelt i forhold til argumentasjonen for å utvide stykkprisfinansieringssystemet til å gjelde for nye områder innenfor helsevesenet. Sehested sier vi har en NPM light versjon. Spørsmålet er om et slikt målstyringssystem kan eksistere side om side med organisering av aktivitet ut i fra andre premisser. Mye tyder på at det målingsstyrte system vil kunne få en lett jobb med å utvide sitt gyldighetsområde, med hjelp fra organisasjonenes aktører som søker synliggjøring av eget virke på systemets premisser. At vi i Norge startet senere enn andre land og ikke har

utviklet målstyring som kvalitetssikring overalt, betyr ikke nødvendigvis at ikke utviklingen går mot en ekspandering av slike systemer.

Noen faktorer innenfor det nyliberalistiske paradigmet som kreves for å kunne oppnå den ønskede effektiviseringen er hvordan informasjon, tillit og risiko er fordelt mellom partene. Resultatet av samhandling mellom parter i et marked er svært avhengig av de institusjonelle omgivelsene i spillsituasjonen (Lian 2003).

Et interessant perspektiv på en slik spillsituasjon er hvilke aktører som har tilgang til den informasjonen som legger premissene for systemet. Produksjonen måles ved å telle kategorier som er definert av det medisinske paradigmet. Pasientrettighetene sikres gjennom muligheten til blant annet fritt sykehusvalg (Lov om pasientrettigheter 1999). Er det mulig for pasienten å tilegne seg den kunnskapen som kreves for å ta et slikt rasjonelt valg? Eller, med andre ord, er fullkommen informasjon mulig uten å ha medisinsk kompetanse eller en rådgiver med spisskompetanse på systemets prinsipper? I en slik spillsituasjon vil man kunne tro at aktørene som besitter mest kunnskap om premissene for konkurransen også vil fungere som premissleverandør for valgene til alle de andre aktørene i spillsituasjonen. Dette vil drøftes videre i senere kapitler.

Utviklingen innenfor offentlig sektor beskrives slik i sluttboken til Makt- og demokratiutredningen (1998-2003)

”Det ideologiske grunnlaget for den tradisjonelle velferdsstaten er sterkt svekket. Nyliberal ideologi og tilsvarende organisasjonsprinsipper har trengt igjennom i løpet av kort tid. Samtidig har presset mot velferdsstaten økt fordi krav og forventninger overstiger bevilgningene. Mange av de dilemmaene som oppstår blir presset ut mot velferdsstatens førstelinje der omsorgsorientering kan være en fleksibel buffer mot virkningene av knappe budsjetter(...) Nye effektivitets- og kontrollmekanismer kan forsterke denne utviklingen og dermed skjerpe velferdsstatens grunnleggende dilemma” (Makten og demokratiet 2003:163)

Det som også kan være problematisk er sektorer i helsevesenet som faller utenfor et slikt marked, tjenester som ikke kan tallfestes som produksjon. Dette gjelder for eksempel

eldreomsorg, boinstitusjoner for psykisk utviklingshemmede og hjelp og tilrettelegging for handikappede. Dette er tjenester som førstelinjetjenesten (dvs. kommunene) først og fremst har ansvar for, og det er pasientgrupper som pga sine sammensatte behov vanskelig vil kunne defineres som kostnadseffektive i sitt møte med spesialisthelsetjenesten. En konsekvens av dette kan være at disse pasientgruppene som ofte trenger mer tid til å komme seg etter for eksempel kirurgiske inngrep, blir tilbakeført eller overført til institusjoner i førstelinjen med behov for ytterligere tiltak, tiltak kommunen ikke har ressurser verken økonomisk eller i form av kompetanse² til å legge til rette for. Dette kan være en konsekvens av at det ikke er kostnadseffektivt å la disse pasientene få den oppfølgingen de trenger på sykehus, som tidligere, og fordi det også finnes nye incentiver som legitimerer å overføre ansvaret for pasienten på et tidligere stadium enn før. Dette gjelder spesielt langt framskredet kreftsykdom der skolemedisinen ikke har noen løsningsregimer for å forlenge liv eller helbrede. Den palliative delen av medisinen som går ut på å lindre smerter, ubehag som kvalme og sørge for en prosess mot en verdig avslutning på livet, blir vanskelig å vekte i DRG.

For hvor effektivt kan man forvente at en døende kreftpasient skal gå gjennom prosessen som leder mot livets utgang? Hvilke aspekter skal vektlegges og utløse penger knyttet til omsorg for denne pasientgruppen? I mitt arbeid med kreftomsorg både i førstelinjen og i andrelinjetjenesten virker det som om pasienter i denne situasjonen i økende grad overføres til kommunale sykehjem i stedet for å få oppfølging av spesialisthelsetjenesten, der den palliative kompetansen er best. På sykehjem, der sykepleieren ofte har ansvaret for flere avdelinger, og der det er få hender i arbeid, er det stor fare for at denne pasientgruppen får en dårligere oppfølging enn tilfelle hadde vært om de hadde fått gå gjennom prosessen i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder spesielt i forhold til smertebehandling og psykisk støtte for både pårørende og pasient. I informasjonsheftet for innsatsstyrt finansiering fra 2005 er det tatt høyde for denne problemstillingen:

"I 2005 vil det gis en tilleggsrefusjon for palliativ behandling utover den ordinære DRG-refusjonen. Målet er å styrke tilbudet til pasienter med behov for

² Med kompetanse tar jeg her for gitt at medisiner som tar sikte på å lindre kvalme og smerte er et viktig tilbud til denne pasientgruppen.

smerte og symptomlindrende behandling i livets slutfase ved bruk av økonomiske virkemidler(...) Følgende krav stilles til tilbudet for at det skal gis tilleggsrefusjon:

- 1. Palliativ team: Teamet skal ha ambulantfunksjon til pasientens hjem, og konsulentvirksomhet i sykehusets avdelinger. Teamet skal bestå av en sykepleier(minst en full stilling) og lege. Legen skal ha palliasjon som hovedaktivitet.*
- 2. Palliativ enhet: Dette skal være en definert enhet (eventuelt definerte senger) Pasientene skal være inneliggende for palliativ behandling. Enheten skal også kunne inkludere pasienter med andre hoveddiagnoser enn kreft. Det palliative teamet skal ha ansvar for behandling av pasienter innlagt på enheten.*
- 3. Virksomheten må kunne dokumentere systematisk kartlegging av symptomer, for eksempel ved bruk av Edmonton Assessment system, ESAS.*
- 4. Virksomheten må kunne dokumentere systematisk arbeid i forhold til inklusjon og ivaretagelse av pårørende.*
- 5. Virksomheten må kunne dokumentere systematisk samarbeid med primærhelsetjenesten gjennom bruk av individuell plan.*
- 6. Det palliative teamet skal være tverrfaglig, med relevante yrkesgrupper som fysioterapeut, sosionom og prest knyttet til deltidsstilling eller på konsulentbasis. Minimum to av disse skal ha fast tilknytning til det palliative teamet. (Informasjonshefte ISF, 2005. Helse og omsorgsdepartementet s 31)*

Det er positivt at det har blitt fanget opp at incentivene kan føre til en nedprioritering av denne pasientgruppen. Løsningen er økonomiske incentiver som skal gjøre denne pasientgruppen kostnadseffektiv. Kravene til dokumentasjon og standardiseringer er likevel noe betenkelig. For det første så er det ikke sikkert at de små lokalsykehusene klarer å imøtekomme disse kravene. Det kan kanskje tenkes at dette kan føre til en sentralisering av palliativ virksomhet, noe som vil være negativt for pasienter og pårørende som er bosatt langt unna et behandlingssted.

For det andre er det et spørsmål om hvor mye ressurser som skal brukes på å dokumentere hva man gjør i forhold til symptomer, oppfølging av pårørende og samarbeid med førstelinjetjenesten. Et scenario vil være at det viktigste blir å dokumentere at du har oppfylt kravene formelt. Med det mener jeg at det ikke er sikkert at incentivene fører til at forholdene rundt pasienten bedres. Min hypotese ut fra egen erfaring med denne pasientgruppen er at det viktigste er tid til å være tilgjengelig for pasienten. Skal kravene for tilleggsrefusjonen følges til punkt og prikke, virker det som

mye av tiden vil gå med på å dokumentere hva du har gjort. Når det gjelder kartlegging av symptomer så er det betenkelig at det skal brukes en diagnosemal på dette. Et eksempel er støttesamtale i forhold til eksistensiell angst, noe som er en svært relevant oppgave. Det å ta imot tanker og følelser pasienten ikke ønsker å belaste de nærmeste med, fordi de også er i en krise, anser jeg som en viktig del av jobben. Skal dette dokumenteres eller blir det å regne som ”tom” tid? En annen ting er at helsepersonell skal drive konsulentvirksomhet i avdelingen. Blir de mer effektive av å kalles konsulent fremfor sykepleier eller lege? Det er likevel svært positivt at det forsøkes å rette opp i at incentivene ikke gjorde denne pasientgruppen kostnadseffektiv, men det gjenstår å se effekten.

4.1.1 Tillit og NPM

Noe av det potensielt problematiske med styringsideologien i NPM er at vridningseffekter ofte tilskrives en feil i systemet og ikke at det kan være en effekt av systemet. Derfor blir også løsningen en justering på systemets premisser. Det er likevel slik at ikke alle blir lønnsomme, og elementer ved det å være menneske som ikke egner seg for standardiseringer vil uansett måtte tape i et slikt system. Et slikt system er på en måte en ideologi som tar utgangspunkt i at det ikke eksisterer tillit. Lian påpeker viktigheten av hvordan informasjon, tillit og risiko er fordelt mellom partene. Et autoritativt styringssystem som skal disiplinere helsearbeidere til rett handling vil på en måte flytte tilliten fra mellommenneskelige relasjoner og til systemet. Med det mener jeg at systemet kan føre til at den allerede eksisterende tilliten forvitrer. Hvis alle aktørene i et slikt markedssystem lar seg disiplinere, kan man kanskje frykte at også tilliten blir institusjonalisert. Informasjon, tillit og risiko fordeles mellom aktørene ved at alle handlinger skal være systembetinget. Handlinger som ikke omfavnes av systemet eksisterer på en måte ikke, og dermed kan vel kanskje menneskene også begynne å tenke eller reflektere annerledes og da mer i tråd med at de ”viktigste” handlingene er de systemet registrerer?

Noe jeg anser som et viktig poeng her, er hvorvidt man tar høyde for at tillit kan eksistere forut for system. Anthony Giddens (1984) sitt begrep om ontologisk sikkerhet og Durkheim (Collins 1994) sitt begrep om prekontraktuell tillit gjør dette. Begge disse begrepene beskriver tillit som en egenskap ved det å være menneske. Sosiologen James Coleman, som Gudmund Hernes er inspirert av, beskriver tillit som noe man kan plassere etter hva som gir best avkastning (Coleman 1990). Denne formen for tillit versus mistillit er slik jeg ser det en oppfattelse av at å stole på noen er en kalkulert risiko som grunnlag for handling. Dette er en logikk som etter min mening er i tråd med tanken bak stykkprisfinansiering. Innsatsstyrt finansiering som styringssystem skal gjøre det rasjonelt å plassere tillit til systemet, fordi systemet gjennom sine kontrollmekanismer fremstår som tilnærmet ufeilbarlig.

Disse to forskjellige måtene å se tillit på tar, slik jeg ser det, utgangspunkt i begrepet fra to motsatte vinkler. Den første tar utgangspunkt i tillit som noe som eksisterer som et bakgrunnstappe for den sosiale virkelighet. Denne formen for tillit er taus og kan ikke forklares uten videre. Tillit blir således det naturlige menneskelige utgangspunktet, mens mistillit oppstår sekundært ved at tilliten brytes ned gjennom erfaring. Litt enkelt fremstilt kan man si at Coleman, på sin side, tar utgangspunkt i mistillit. Tillit er da noe som skapes gjennom erfaring ved at man erfarer at det er rasjonelt å plassere tillit til noe eller noen.

I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i at tillit er noe som eksisterer forut for system, slik Giddens(1984) og Durkheim(I Collins 1994) skisserer og slik Per Nordtvedt og Harald Grimen skriver:

"Tillit er logisk og kronologisk mer grunnleggende enn mistillit. Mistillit forutsetter logisk tillit som horisont... Tillit er også kronologisk primært... Vi er født i tillitsrelasjoner. Mistillit kommer først når man blir skuffet i relasjoner"
(Grimen og Nordtvedt 2004:102).

Min hypotese på bakgrunn av dette er at et autoritativt styringssystem bygget på NPM kan føre til at den primære tilliten forvitres, fordi styringssystemet tar utgangspunkt i at det eksisterer mistillit. Det paradoksale slik jeg ser det, er at når konsekvensen av en slik

eventuell tillitsforvitring kommer til overflaten, prøver man å løse problemet med å kreve ytterligere systemdisiplinering, noe som forsterker den eventuelle tillitsforvitringen. Systemet med stykkprisfinansiering blir således en tillitsreparasjon som kan ha som konsekvens en eliminering eller sterk svekkelse av den tilliten som eksisterer forut for systemet.

Med dette som bakteppe synes det nærliggende å påpeke at suksessgrunnlaget for ”produksjon” av helsetjenester skapes i relasjonen mellom mennesker. Fordi det kun er gjennom møtet med det syke mennesket at man kan kartlegge den sykes behov eller få tilgang til den sykes kropp og dens symptomer. Det kan være fort gjort å glemme dette når man skal tilfredsstille systemstandarder. Tillitsreparasjon som produserer mistillit, i en relasjon som avhenger av tillit, kan føre til en ond sirkel det kan være vanskelig å komme ut av.

4.2 Medikalisering

Jeg velger å ta med medikaliseringsbegrepet da jeg mener det er et dekkende begrep i forhold til å drøfte fenomenet stykkprisfinansiering. Det kan argumenteres for at medikalisering kan være en del av forklaringen på stykkprisfinansiering som belønningsstruktur på to måter. For det første kan troen på de absolutte kategoriernes forklaringskraft, representert med DRG-koder, være en måte å møte folks økte forventninger til medisinen som vitenskap på. For det andre kan disse forventningene i seg selv sies å være en årsak til behovet for verktøy som kan holde utgiftene i helsesektoren under kontroll. Mitt utgangspunkt i denne oppgaven er imidlertid om finansieringssystemet i seg selv vil kunne føre til økende grad av medikalisering av samfunnet.

I boken ”Profession of medicine” påpekte Eliot Friedson så tidlig som i 1970 at dersom det gjøres økonomisk lønnsomt å behandle sykdom vil det bli funnet mer sykdom. Dette fører til et behov for å utvide eget myndighetsområde på en måte som kan sammenlignes med markedsaktører søken etter større markeder. Dette drives ikke frem av økonomisk

logikk alene. Utvidelse av skolemedisinens gyldighetsområde dreier seg ofte også om å gi legitimitet til avvikende handlinger som for eksempel alkoholmisbruk (Friedson, 1970).

For en del pasientorganisasjoner dreier en del av kampen seg om nettopp å oppnå medisinske definisjoner på sine plager. Såkalt diffuse plager som whiplash og fibromyalgi kan være eksempler på dette. Et annet aspekt er medisinenes makt til å definere hvorvidt mennesker er arbeidsdyktige eller ikke, og dermed skille mellom legitimt fravær og stigmatiserende "skulk". I boken "Medisinsk nemesis" bruker Ivan Illich (1996, i Lian 2003) begrepet medikalisering på dette fenomenet. Han ser på det han kaller den medisinske koloniseringen som en trussel mot vår helse fordi den fører til en slags lært hjelpeløshet.

Conrad og Schneider (1980, i Svennson 1998) mener at medikaliseringen har tre nivåer: På et begrepsmessig nivå på den måten at tidligere ikke-medisinske tilstander og problemer innlemmes i den medisinske sfæren og beskrives ved hjelp av skolemedisinske begreper som dermed legitimerer medisinsk intervensjon. Dette gjelder nevnte alkoholisme, men også fedme, alderdom, sorg og tretthet. Risikoatferd som røyking, dårlig kosthold og mangel på mosjon har også i større grad blitt innlemmet i den medisinske interessesfæren.. Det medisinske perspektivet blir stadig utvidet til å inkludere risikoatferd og forebygging. På det behandlingsmessige nivå innebærer medikaliseringen at nevnte tilstander behandles av leger med typisk medisinsk teknologi. Utviklingen av medisinsk teknologi retter seg inn på å behandle tilstander som tidligere ikke har vært gjenstand for medisinske diagnoser. På det institusjonelle nivå innebærer medikalisering at vårt velferdssamfunn i økende grad hviler på medisinske beslutninger. Tilgang på sosiale, rettslige og administrative tjenester blir mange ganger et spørsmål om medisinsk diagnostikk og begrunnelse. Mange samfunnsmessige støtte- og hjelpeordninger, muligheten til å utøve visse yrker eller funksjoner, forsikringsordninger og domstolsbeslutninger forutsetter ofte medisinske beslutninger.

Begrepet medikalisering har vanligvis fått et negativt innhold på den måten at det av

forskere ofte defineres som en prosess som undergraver folks tillit og innsikt. Ilich mener at helsevesenet oppmuntrer folk til å bli behandlingskonsumenter og på den måten medikaliserer deres liv. Samtidig bryter det på forskjellige måter ned deres egne forutsetninger for å håndtere dagliglivets problemer og vanskeligheter (Ilich 1996, i Lian 2003).

Medikaliseringen har også positive aspekter ved seg. Den har blant annet ført til at atferd som tidligere ble ansett som kriminell eller selvforskyldt, har blitt sykdomsforklart. Fordømmende og moraliserende holdninger i samfunnet har blitt erstattet med mer forklarende og forståelsesfulle måter å se atferden på (Svensson 1998). Dette er ikke utelukkende positivt da en slik legitimering også kan brukes til å legitimere atferd som undertrykker omgivelsene. Min hypotese er at hvorvidt medikalisering er positivt eller ikke, ikke kan knyttes direkte til kategoriene som definerer handlingen, men heller i hvilke sammenhenger legitimeringer brukes og selvfølgelig handlingens art. En forståelsesfull legitimering av undertrykkelse av mennesker som for eksempel ved seksuelle overgrep, kan ha den effekten at nye overgrep lettere kan skje fordi overgriperen ikke har blitt tilstrekkelig ansvarliggjort og at samfunnet i større grad godtar ”dårlige” handlinger hvis overgriperen har personlighetstrekk som kan henges på medisinsk faglige knagger som ikke direkte legitimerer atferden, men aksepterer atferden ved at personen sykliggjøres. Å trekke slike grenser mellom definisjoner som stigmatiserer og definisjoner som fritar individet for ansvar er ingen enkel oppgave. Trolig vil det være slik at uansett hvor grensen settes vil det medføre urettferdighet for enkelte mennesker.

Sosiologen Michael Bury(1986) peker på et moment som ofte blir oversett i debatten rundt medikalisering. Det er ofte de samme gruppene som argumenterer mot medikalisering som også argumenterer for at medisinsens perspektiv skal utvides til å gjelde nye områder.

Dette er et fenomen som kjennetegner den hjemlige debatten. Uansett politiske preferanser eller forskjellige virkemidler som blir foreslått i forhold til debatter rundt

helsevesenet vårt så virker det som om det er enighet om at det er i skolemedisinen vi finner kompetansen til å løse mange sosiale problemer.

Et eksempel på dette er fokuset i media på hvor dårlig legedekningen er på sykehjem. Dette fokuset kan betegnes som en forskyvning fra det som er det reelle underskuddet. Egne erfaringer fra jobb på sykehjem er at det ikke er manglende medisinsk oppfølging som er en trussel mot en verdig alderdom i slike institusjoner. Dette underbygger jeg med at fokuset for både hjelpepleiere og sykepleiere i disse institusjonene i stor grad dreier seg om oppfølging av medisinske regimer. Sykepleierundene med medisiner har en slags ærverdig symbolverdi på den måten at det særlig er her profesjonskampen mellom sykepleiere og hjelpepleiere gjør seg gjeldende. Makten i å utøve medisin blir på en måte det viktigste bidraget til beboerne. Dette er et interessant poeng fordi fokuset på det kroppslige tar fokuset vekk fra det jeg oppfatter som den reelle problemstillingen, nemlig meningsfullt innhold i hverdagen og tilrettelegging for en verdig avslutning på livet. Det kan av og til virke som om både media og politikere vurderer omsorgskvaliteten ut fra samme kriterier. Det var disse tendensene Kari Martinsen (1979) advarte mot allerede for 26 år siden. Min egen erfaring tilsier at dette kan tenkes å være et problematisk aspekt også med dagens eldreomsorg.

I forhold til dette er det også flere aspekter. For det første kan en slik type medikalisering være en måte å gjemme seg bort fra den alltid tilstedeværende eksistensielle problemstillingen på slike institusjoner. Dette mener jeg gjelder uansett om det er bevisst for aktørene eller ikke. For det andre er det også en måte som undergraver menneskelige behov utover de rent fysiologiske og som selvsagt forenkler diskursen rundt problemstillinger som vedrører eldreomsorgen.

Et annet aspekt er det sosiologen Thomas Scheff (1966) har påpekt, at det er en grunnleggende medisinsk regel som går i medikaliserende retning. Den går ut på at det ved tvil om at sykdom foreligger, er bedre å agere som om pasienten var syk eller som om man mistenker sykdom, enn å gå ut fra det motsatte. Denne regelen fungerer sosiologisk sett motsatt av den juridiske om at man heller skal frifinne enn å dømme der

det foreligger tvil. Det er altså fraværet av sykdom som skal bevises.

Dette er noe jeg kjenner godt igjen i egen praksis som sykepleier, spesielt når det gjelder rene medisinske utredninger. Pasienten har gjerne gjentatte ganger gått til sin fastlege med diffuse plager der pasienten til slutt blir henvist til spesialisthelsetjenesten for å utelukke sykdom. I forhold til utvidelsen av ISF i foretaksreformen kan man se for seg to effekter denne belønningsstrukturen har på denne pasientgruppen. Der penger hovedsakelig utløses gjennom de diagnoserelaterte gruppene kan denne pasientgruppen bli veldig lite kostnadseffektiv. Et resultat av det vil kunne være at taket for slike utredninger heves, noe som vil kunne føre til at det dermed spares penger på utredningsarbeid som ikke har reell nytteverdi. Et annet aspekt ved dette kan illustreres ved hjelp av et resonnement som Dag Hofoss (I Hallandvik 2002:84) har uttrykt slik

”Problemløsning består ikke alltid i at problemer finner en løsning. Av og til er det heller løsningen som finner et problem. Ropet om omvendelse og bot lyder ikke bare der det er meget synd, men også der det er mange prester”.

Et diagnosesystem der penger hovedsakelig utløses ved behandling av diagnose vil kunne føre til at fokuset flyttes fra pasientens reelle problem, til søken etter å kunne finne diagnosekoder, som gjør utredningen kostnadseffektiv. En slik utvikling vil være vanskelig å kartlegge fordi det ikke alltid erkjennes av aktørene selv og fordi spillets premisser ikke nødvendigvis gir reelle kontrollmekanismer som kan forebygge en slik eventuell utvikling.

I løpet av vinteren og våren 2003 ble det i norsk presse avslørt en rekke eksempler på at sykehus hadde drevet såkalt ”kreativ koding”. Pasientbehandlingen ble innrapportert på en slik måte at de fikk utbetalt større inntekter fra den aktivitetsbaserte delen av finansieringssystemet, enn nødvendig. I Helse-Sør ble sykehus pålagt å betale tilbake flere millioner kroner (Eilertsen 2003)

Omfanget av denne praksisen er det vanskelig å si noe om, men det kan spekuleres i om noe av den økte effektiviteten kan tilskrives en slik praksis. Det er dermed et åpent

spørsmål om problematikken rundt medikalisering akselereres eller bremses av dagens belønningsstruktur. Min hypotese i forhold til egne erfaringer er at ”kreativ koding” aksepteres og legitimeres som en motstand mot systemet. Pasienter som man ikke har incentiver til å behandle, men der det vurderes at det er behov for medisinsk hjelp, gjøres kostnadseffektive ved å plassere behandlingen i en annen kategori enn den reelle diagnosen. Et annet aspekt er at det ved utskrivning brukes tid på å finne flest mulig koder. For eksempel vil en pasient som har diabetes, men er inne for tarmslyng ved at det er tatt en blodprøve for å måle glukoseverdien, også kunne bli oppført med koden for utredning av kjent diabetes. Det er vanskelig å bestride slike kliniske avgjørelser uten å kartlegge den reelle praksisen. Hva aktøren gjør, hvordan det legitimeres innad og hvilke strukturelle betingelser som gjør praksisen mulig eller legitim, kan være vanskelig å få tak i, uten selv å ha adgang ”backstage”, der slike vurderinger i praksis blir tatt. Et annet aspekt er de gangene økonomisk inntjening står opp mot hvorvidt et medisinsk tiltak er til det beste for pasienten. Et eksempel her er pasienter med rygg smerter på grunn av prolaps. Utredningen er ofte lang og tidkrevende. Ofte blir det bestemt at det ikke skal opereres fordi det er fare for nerveskader som kan gi lammelser, og fordi det ofte er usikkert om pasienten blir smertefri av operasjon. Det er også aksept for at det kan være andre behandlingstilbud som kan være både bedre og mindre risikofulle, som for eksempel fysikalsk behandling og manuell terapi. Hvis praksisen til legene skal styres av økonomiske incentiver vil disse pasientene bli operert hyppigere enn tidligere, siden det allerede investeres en del i utredningen. Operasjonen kan slik bli utredningens ”utbytte”.

Det kan derfor spekuleres i hvorvidt stykkprisfinansiering kan virke i medikaliserende retning i forhold til at incentivene kan motivere til ”overbehandling”. Det som Eilertsen kaller ”kreativ koding” er også et element som kan knyttes til medikalisering ved at det registreres mer sykdom enn det som er reelt. Jeg vil komme tilbake til hvordan man kan forklare dette senere i oppgaven.

5.0 Teoretisk rammeverk

Formålet med dette kapitlet er å forklare problemstillingen teoretisk. Først tar jeg utgangspunkt i vitenskapsteoretisk kommunikasjon som formidles til helsearbeidere. Her bruker jeg begreper som epistemologi, ontologi, holisme og reduksjonisme. Epistemologi kjennetegnes som kunnskap om kunnskap eller hvordan vi får kunnskap. Det reduksjonistiske i forhold til epistemologi er erkjennelse av at det finnes en sann objektiv kunnskap. Slik jeg ser det prøver stykkprisfinansiering å blande medisinsk objektiv kunnskap og økonomisk objektiv kunnskap. Jeg mener at det ikke er søken etter objektiv kunnskap som er problemet, men å fastsette denne kunnskapen som noe absolutt. Ontologi blir her strukturen i den sosiale verden. Grensen mellom ontologi og epistemologi kan fremstå som uklar. Det er heller ikke disse begrepene jeg ønsker å belyse, men kompleksiteten i den sosiale virkelighet i forhold til pasientklassifiseringer. Det er ikke et angrep på reduksjonistiske vitenskaper, men et forsøk på å vise eventuelle konsekvenser når noe blir gjort til absolutt. Filosofen Ricoeur kan gi nyttig forklaringskraft på dette området. Jeg trekker diskusjonen ned på et konkret nivå i det jeg diskuterer krav til evidensbasering i medisinen, og helsearbeidernes fagetikk i forhold til problemstillingen.

5.1 Holisme og reduksjonisme i medisinsk praksis

I denne oppgaven er mitt fokus belønningsstrukturer basert på medisinske kategorier. Jeg ønsker i dette kapitlet å trekke inn begrepene holisme og reduksjonisme fordi jeg mener begrepene kan belyse hvilke rammer for forståelse som står opp mot hverandre med hensyn til hvilke aspekter ved mennesket som er målbart. Skolemedisinen har i utgangspunktet en reduksjonistisk forståelse av mennesket ved at de prøver å si noe om kroppens egenskaper ved å se på kroppens byggesteiner. En slik biologisk reduksjonisme har både positive og negative aspekter ved seg, og det ligger utenfor oppgavens formål å gå dypere inn på dette. Jeg vil påpeke at biologisk reduksjonistisk forskning har fremmet mange nyvinninger som har vært viktige i kampen mot sykdommer og i å forhindre unødvendig lidelse. I mitt fokus på stykkprisfinansiering er ikke holisme et alternativ til

reduksjonistiske diagnoser, men en ramme for å diskutere eventuelle utilsiktede konsekvenser av at diagnoser blir tellbare kategorier i et økonomisk rasjonelt styringssystem.

5.1.1 Medisin som en reduksjonistisk vitenskap

I medisinsk teori kan det virke som det er lite fokus på at alle medisinske avgjørelser fattes i en sosial kontekst. Dette gjelder også i operasjonssalen, der prosedyrene alene ikke kan styre operasjonen. Selv om det er en ansvarshavende kirurg som fatter beslutningene, så kan man ikke se dette mennesket som løsrevet fra det øvrige operasjonsteam eller pasienten, selv om han er i narkose. Med det mener jeg at selv om skolemedisinen nok kan sies å fremstå som reduksjonistisk så er legekompentanse et sett av ikke-reduksjonistiske ferdigheter. Derfor er det problematisk hvis profesjonen selv, slik Lian påpekte (se bakgrunnskapittelet), ikke tar høyde for at medisinen faktisk utøves i en sosial kontekst, men i stor grad støtter økonomiske incentiver knyttet til medisinsk praksis. Ole Berg sier det slik:

”Jeg vil påstå at ved å objektiviggjøre legemet, og omdanne en personlig nær praksis til reduksjonistisk pregede prosedyrer, stiger sannsynligheten for at legens motivasjon beveger seg i en individuelt nyttemaksimerende retning. Legens motivasjon vil i så fall i stigende grad springe ut av det ”private” utbytte han eller hun får av å behandle pasienter. Dette utbytte kan være knyttet til behandlingens tekniske utfordringer og til profesjonelt avansement, men først og fremst vil det være knyttet til penger, dette mest, og stadig mer, generelle middel til å skaffe til veie det som kan tilfredsstille legens private behov: Det er dette jeg mener med klinikkens, eller medisins, kommersialisering: dens medlemmer blir mer og mer motivert av selviske mål” (Berg 2003, s.95).

Hvis man skal ta Ole Berg på ordet, vil det si at denne utviklingen kan være årsaken til at legeprofesjonen i stor grad støtter stykkprisfinansieringssystemet, fordi de ikke erkjenner at som utøvere av medisin også er en del av den konteksten de opererer i. I så fall vil det være relevant å prøve på å gi en teoretisk forklaring på hva som styrer den medisinske praksis og hva som skjer når de medisinske sannheter knyttes opp mot økonomisk definerte kategorier som i stykkprisfinansieringssystemet.

5.1.2 Reduksjonistiske forklaringer og den holistiske forståelse

Jeg har valgt å støtte meg på filosofen Paul Ricoeur (1993), som mener at det eksisterer en dialektikk som forener det å forklare og det å forstå, både når det gjelder epistemologisk konstruerte kategorier eller hvorvidt man erkjenner ontologisk at kategoriene egner seg på å beskrive eller måle fenomener i den sosiale virkelighet. Jeg knytter forklaring og forståelse opp mot begrepene om holisme og reduksjonisme fordi jeg tolker Ricoeur dit hen at disse begrepene kan forenes. Slik jeg forstår Ricoeur er det problematisk å erkjenne seg til å være enten reduksjonist eller holist. Om man så kaller seg holist, så må man akseptere at man ikke kan oppnå kunnskap om hva som er en riktig medisinsk handling uten at medisinsk kompetanse er representert. Og som reduksjonist må man likevel også erkjenne at medisinsk kompetanse alene ikke vil kunne føre til kunnskap om hvordan det er rett å handle i den gitte konteksten.

Det subjektive og kontekst-avhengige holistiske perspektivet blir da forståelseskomponenten til Ricoeur, som jeg mener beskriver en kvalitet som ikke alltid er erkjent av legene selv, og dermed ikke fanges opp av økonomisk og medisinsk rasjonalitet. Disse to formene for rasjonalitet blir drøftet som reduksjonistiske og knyttet opp mot Ricoeurs forklaringsbegrep, men Ricoeur vektlegger at det i forklaringen formidles en forståelse som ligger til grunn for hvordan den formidlede forklaringen nedfeller seg i praksis, her eksemplifisert med den medisinske praksis. Jeg vil bruke en fremstilling av Ludvig Wittgenstein for å utdype Ricoeur i forhold til dette.

Paul Ricoeur beskriver kløften mellom holisme og reduksjonisme uten at han bruker disse begrepene. Han definerer det som en diskrepans mellom å forklare og forstå der det ikke er mulig å gjensidig utelukke det ene. "Forklare" kjennetegnes som der hvor naturvitenskapen og humanvitenskapen deler epistemologisk og ontologisk utgangspunkt (for eksempel positivistisk samfunnsteori). "Forstå" kjennetegnes som en ikke reduserbar humanvitenskapelig variant. Ricoeur er opptatt av denne dikotomien som har oppstått mellom naturvitenskapen, som han kaller naturen, og humanvitenskapen, som han kaller

ånden. Artikkelen til Ricoeur drøfter på et metodologisk nivå med eksemplifisering fra tre områder som er inkorporert i hverandre: Teksten, handlingen og historien. Han mener at det innenfor disse områdene er en dialektikk som forener de to også på et ontologisk og epistemologisk nivå. Forståelsen og forklaringen blir momenter som etterfølger hverandre på metodisk nivå, begge veier uavhengig av utgangspunkt. Ricoeur er motstander av et enten-eller perspektiv. Forklaring uten forståelse gjør teksten til en psykologiserende og objektiverende maskin. Den romantiske hermeneutikken gjør at tekstens budskap ikke kan skilles fra forfatterens intensjoner. Tekstens objektivitet eliminerer forklaring. Den subjektive tilegnelsen av tekstens budskap gjør alle objektiverende analyser fremmed for forståelsen. Forfatteren foreslår en mer dialektisk forståelse av den nære korrelasjonen mellom forståelse og forklaring (Ricoeur 1993).

Innenfor naturvitenskapelige og medisinske fag som patofysiologi, mikrobiologi, farmakologi og anatomi, dreier forskningen seg hovedsakelig om å redusere kroppslige funksjoner til lett forklarbare prosesser. Slik jeg forstår Ricoeur er det mulig å knytte forståelsesbegrepet hans til å fremme en forståelse av det komplekse samspillet mellom reduksjonistiske forklaringer og hvilken forståelse disse skal formidle og veilede til praksis i den sosiale virkelighet. Da blir det viktig at det i den reduksjonistiske forklaringen om kroppen og de begreper som brukes også formidles en forståelse av at den objektive kroppen ikke kan ses på som løsrevet fra den subjektive pasienten. Begrepene holisme og reduksjonisme er komplekse og de kan brukes på svært forskjellige måter.

Fremstillingen til Ricoeur har en mye videre og abstrakt fremstilling enn den noe enklere problemstillingen jeg knytter artikkelen hans til. Likevel mener jeg at begrepene hans er viktige om man skal kunne forstå hvordan et styringssystem som stykkprisfinansiering kan påvirke den kliniske praksisen. Før jeg går videre med Ricoeur vil jeg gi en noe enklere fremstilling av sykehusorganisering.

5.1.3 Medisinsk og økonomisk rasjonalitet.

Statsviterne Kjekshus og Nordby beskriver hvordan organisasjonsteoretiske studier av sykehus har vært opptatt av motsetningen mellom medisinsk rasjonalitet og økonomisk rasjonalitet. Dette er to paradigmer i konflikt, men de har begge en reduksjonistisk tilnærming til problemløsning. Den medisinske rasjonaliteten styrer helsevesenet nedenfra gjennom profesjonenes autonomi. I følge en økonomisk logikk er dette årsaken til manglende effektivitet i helsevesenet, og den økonomiske rasjonaliteten vil hevde at den medisinske rasjonaliteten ikke vektlegger økonomisk-administrative aspekter. For å klare å styre sykehusene på en effektiv måte må man styre dem med en økonomisk rasjonalitet ovenfra. (Kjekshus og Nordby 2003) Hoffmann framstiller dette dilemmaet slik:

”Slik sykehus er organisert sitter representanter for den økonomisk-administrative rasjonalitet på toppen og har det formelle styringsansvar, mens representanter for den medisinske rasjonalitet har den reelle styringen med virksomheten i avdelingene og dermed også langt på vei med kostnadene” (Hoffmann 2001 i Kjekshus og Nordby 2003:43)

Medisinsk rasjonalitet er kjennetegnet av at den begrunner handlingsvalg ut fra et medisinsk perspektiv. I mange tilfeller vil dette dreie seg om anvendelse av medisinsk teori, men det kan også dreie seg om å anvende en kapasitet som er ervervet gjennom klinisk erfaring, en type skjult kunnskap eller kunnskapsrefleks som kommer med erfaring, en kapasitet som ikke kan reduseres til teori som gir et sett av regler for hvordan man bør handle. Hoffmann er inne på et vesentlig poeng når han snakker om at det er den medisinske rasjonaliteten som har den reelle kontroll med kostnadene.

Stykkprisfinansieringssystemet er et forsøk på å overføre kontrollen over kostnadene og dermed samle styrings- og kostnadskontroll hos de økonomisk og administrativt ansvarlige. Spørsmålet er da om dette er mulig. Selv om systemet med stykkprisfinansiering kan føre til endring av legenes praksis, er det fremdeles den enkelte lege som velger hvordan hun skal forholde seg til kategoriene. Dette er noe jeg kommer nærmere inn på senere i kapittelet.

5.1.4 Forklaring og forståelse som grunnlag for den medisinske praksis.

Ricoeur (1993) beskriver forholdet mellom forståelse og forklaring som sammenkoblede elementer i enhver kontekst, i så vel teoretisk fremstilling som menneskelig handling. Forståelsen trenger forklaring. I dialogen spør vi om forklaring der vi ikke forstår, mens det i de skrevne verker fortøner seg annerledes. All tekst er en fortelling, en slags narrativ kommunikasjon. Forklaring krever forståelse og forståelse er en forutsetning for forklaring. Man ødelegger ikke den intersubjektive forståelse med å bruke forklaring. Forklaring er et nødvendig element som enhver diskurs krever. Diskurser er der menneskelig kommunikasjon med omverden skjer, og starter med kløften mellom det som sies og det som er sagt. Det er en nødvendighet at forståelsen formidles gjennom forklaringen. Teksten som objekt, altså fra forklaring til forståelse, fører ikke til objektivering da det ikke er psyken bak teksten som er aktuell, men fortellingen fra verden om verden og til verden, altså det konstruerte objekt. Om subjektet skal evne og forstå seg selv gjennom en tekst er dette mulig kun hvis teksten er åpen mot den verden som tolkes og fortolkes (Ricoeur 1993, egen sammenfatning).

I forhold til innsatsstyrt finansiering kan man si at beslutninger skal fattes på bakgrunn av lukkede kategorier. Slik jeg forstår Ricoeur kan man si at den medisinske diagnosens forklarende fremstilling er viktig for å fremme forståelse og dermed videreformidle medisinsk kunnskap, men at fremstilling av medisinsk litteratur må være åpen for den konteksten den skal brukes i. Jeg forstår det slik at stykkprisfinansiering gjennom sine lukkede kategorier bærer med seg endring av forståelsesaspektet ved at systemet knytter sammen både medisinsk og økonomisk teori som forklaring på den riktige kliniske beslutning. Denne sammenblandingen i forklaring klarer ikke å formidle forståelse til klinikerne om den verden forklaringen skal benyttes i. I forklaringen formidles nemlig en logikk om at den økonomiske og medisinske teori deler det samme utgangspunkt og søker de samme mål, noe jeg er uenig i at stemmer. Dette kommer jeg videre inn på, men først et sammendrag av Ricoeurs fremstilling av handlingsteori.

Ricoeur mener at det i handlingsteorien handler om å forklare årsaken og forstå motivet. Denne dikotomien er helt abstrakt. I virkeligheten forekommer begge elementer i kombinasjon der motiver er både vilje og rettferdiggjørende. Mennesket er en kropp blant

andre kropper som kan reflektere over handlinger og fremfor alt velge å handle annerledes. Mennesket tilhører både årsaksmessighetens rike (forklaringen) og motivasjonens rike (forståelsen). Ifølge Ricoeur er ideen om en universell determinisme en illusjon! Menneskelig handling og fysiske årsaks sammenhenger er altfor inkorporert i hverandre til at man skal kunne se bort fra det første og deretter gjøre det andre (årsak – virkning) til noe absolutt. Tekst er et bra paradigme for menneskelig handling og handling referent for en rekke tekster. En handling fører til at man får noe til å skje. En begynnelsestilstand, utøving av makt og en bevegelse i verden (Ricoeur 1993, egen sammenfatning)

Dette er svært komplisert og jeg er litt usikker på om jeg forstår det riktig. Jeg har forstått det slik at forståelse blir en ikke-reduksjonistisk og taus kunnskap som ikke eksisterer uavhengig av forklaringens kategorisering og objektivisering. På den måten kan man si at det i menneskelig praksis ikke er mulig å skille mellom holisme og reduksjonisme. Kan man si at systemet med stykkprisfinansiering er en eliminering av klinikerens motivasjon? Og er konsekvensen av den medisinske produksjon som avhenger av kategorier, som ikke kan fange opp kontekstavhengige komponenter, at klinikerer ikke egentlig forstår hva hun produserer? Økonomien og medisinen har forskjellige utgangspunkt selv om de deler en reduksjonistisk forklaring av sine respektive felt. Medisinen søker å formidle kunnskap om kroppens patologi. Dette er mulig å forklare uten å gjøre de biologiske kausalsammenhenger (årsak - virkning) til noe absolutt. Med det mener jeg at teksten om kroppens objektive egenskaper kan formidle forståelse også i forhold til subjektet som eier kroppen.

Når Ricoeur snakker om en dikotomi mellom å forklare og forstå så tolker jeg det dit hen at forklaring om kroppen også nødvendigvis bærer med seg et forståelsesaspekt av at den syke kropp eies av et subjekt som legen må ha tilgang til for å kunne dra nytte av sin merforståelse, fordi pasient og kliniker deler det utgangspunktet at de begge er unike subjekter, men også kropper blant kropper. Dette retter den kliniske praksisen også mot pasientens subjektive følelser. En klinisk handling som får noe til å skje, baserer seg på en vekselvirkning mellom den forklarende medisinske teori og den erfaringsbaserte

forståelsen av hvordan den skal brukes. De økonomiske incentiver har derimot et annet utgangspunkt. De søker en disiplinering av praksisen for å oppnå kostnadseffektivitet. Når diagnoser smelter sammen med økonomisk definerte kategorier så kan man kanskje si at det blir en sammensmelting mellom økonomisk og medisinsk reduksjonisme. Denne sammenblandingen i forklaring kan endre komponentene som formidler forståelse. Vekselvirkningen mellom årsak og motivasjon vil dermed kunne forandre seg fordi forklaringen bringer frem en ny forståelse som grunnlegger av motivasjon til praksis. Motivasjonen vil da kunne styre praksisen i større grad mot å tilfredsstille økonomiske krav som befinner seg fjernere fra kroppen og dermed fjernere fra det syke mennesket. Dermed kan det kanskje bli slik at legen blir mer opptatt av at hun ”produserer” enn av hva hun produserer.

5.1.5 Stykkprisfinansieringens begreper og regler som endringskomponenter for den medisinske praksis?

Kjekshus og Nordby (2003) bruker Wittgenstein for å understreke vekselvirkningen mellom medisinsk teori og medisinsk praksis. Wittgenstein hevder at det å beherske en regel er det å beherske en praksis. Ideen er at regelen man uttrykker med et ord, blir konstruert i den praksisen den brukes. De fremstiller dette slik:

”Wittgensteins syn på regelfølgning kan fortolkes som et syn på begrepsbeherskelse. En betingelse for at vi skal mene pluss når vi sier pluss er at vi behersker pluss-regelen. Så lenge den regelen vi behersker, først fullt ut blir skapt i den konteksten vi er i, blir dermed også begrepet vi uttrykker, fullt ut skapt i konteksten, siden det er regelen vi følger som bestemmer hvilket begrep vi uttrykker. Det betyr igjen at den vurderingen - det sett av begreper - en lege legger til grunn for et medisinsk handlingsvalg, også nødvendigvis må være skapt i den konteksten hun er i. De kan ikke komme rent ut ovenfra i form av regler eller retningslinjer som kan veilede henne. Det innebærer at det er galt å bruke ”ovenfra og ned-synet” ensidig på medisinske beslutninger i sykehus” (Wittgenstein i Kjekshus og Nordby 2003:15)

Slik jeg forstår denne fremstillingen av Wittgenstein så vil et autoritativt styringssystem som stykkprisfinansieringen kunne ha motsatt effekt av de målsettingene incentivene skal oppnå. Hvis legen skal ”styres” utelukkende gjennom kategorier om ”rett” praksis så vil

det kunne undergrave viktige kontekstuelle aspekter ved praksisen. Med det mener jeg at hvis regler her blir det samme som DRG-koder, blir også begreper som ”produksjon” og ”kostnadseffektivitet” knyttet til praksisen. Hvis disse begrepene skal nedfelle seg i praksis, så er det ikke sikkert at økt effektivitet blir resultatet. Kostnadseffektivitet kan også oppnås i forhold til systemets krav ved å søke maksimering av registrert produksjon og dermed kanskje lete etter mest mulige koder å henge på pasienten eller knytte fokuset mot de pasientene som økonomisk gir best uttelling. En regelbeherskelse skapes i den konteksten den brukes og kan ikke ses uavhengig av den. Idealet må da være at begreper brukes for å definere de inntrykk man får av pasientens problem i samhandling med pasienten, og jeg velger å tolke Kjekshus og Nordby i denne retningen.

Slik jeg forstår Wittgenstein i denne fremstillingen så styres ikke handlinger av regler, men hvordan man kan redegjøre for at man har fulgt dem. Med dette mener jeg at hvorvidt du kan redegjøre for at du har fulgt en regel avhenger av en forståelse for hvilken type sosial kontekst regelen har sprunget ut av. Reglene som nå ligger i stykkprisfinansieringssystemet kan da føre til praksis ala det Eilertsen³ refererte til som ”kreativ” koding. Det kan synes som at man ved å bruke Wittgenstein kan få frem hvordan slike regler ikke kan definere praksis, men snarere være betingelser for atferd som ikke kan kontrolleres innenfor de rammene den er tenkt, fordi man søker å kontrollere atferden gjennom regler som viser til et begrepsapparat som ikke springer ut av den praksisen den skal kontrollere. Med dette mener jeg at reglene knyttet til begrepene kostnadseffektivitet og stykkpris, ikke har noen naturlig utspring fra den kliniske praksis, men kommer fra økonomisk teori. Stykkprisfinansieringssystemet måler derfor ikke praksis, men rasjonelle begrunnelser.

Det jeg ønsker å få frem er hvordan stykkprisfinansieringssystemet kan virke på medisinsk praksis. Ved å bruke Wittgenstein og Ricoeur, så kan man forstå hvordan det blir en diskrepans mellom styringssystemets målsettinger om fokus på pasientens behov og de reglene som forklarer hvordan helsearbeideres atferd skal styres for å oppnå målsetting om rettferdig fordeling av knappe helsegoder. I virkeligheten kan det være slik

³ Se kapittelet om medikalisering

at legene disiplineres til ”kreativ” koding, fordi det er kun gjennom registrering man tilfredsstiller systemstandardene og ikke i kontakt med pasienten. Slik kan legene motiveres til å prioritere etter andre faktorer enn pasientens behov, og ikke i tråd med de målsettinger systemet legger til grunn. En lege som ikke koder kreativt vil ikke gjøre jobben sin, da det er gjennom registreringen legens verdi måles og ikke gjennom praksis. Dessuten vil det alltid være et åpent spørsmål om hvor grensen mellom korrekt og ”kreativ koding” går, fordi en medisinsk begrunnelse nesten alltid kan bestrides og derfor blir det et åpent spørsmål hvis man ser kliniske avgjørelser fra et annet ståsted. Med det mener jeg det i ettertid er vanskelig å vurdere om den medisinske avgjørelsen kun er en feil avgjørelse eller et forsøk på å kode kreativt. En privatpraktiserende spesialist som utelukkende prioriterer etter pasientens behov og ikke etter hva som fremmer inntjening vil ikke kunne tjene penger, ettersom systemet søker rasjonalisering ved å spare optimalt og dermed undervurderer aktørene på praksisfeltet. Dette kommer av at registreringer følger logikken om at medisinske handlinger motiveres etter en kost-nytte kalkyle der den registrerte produksjonen gir en begrenset forklaring på pasientens behov eller den reelle praksis. Derfor kan ”kreativ koding” aksepteres som en motmakt mot systemets urettferdige effekter uavhengig om det er snakk om en reell motmakt eller kamuflering av ren økonomisk nyttetenkning. Som regel vil det være rimelig å anta at det er sammenblanding av begge strategier, der aktørene på feltet ikke alltid er seg dette diskursivt bevisst. At denne logikken har konsekvenser for hvordan helsearbeidere implisitt ser det syke mennesket i form av objektivisering og distanse til de som er svært syke og ikke av systemet definert som kostnadseffektive, er rimelig å anta. Systemets løsning er en ytterligere standardisering for å ta kontroll over praksis, men denne logikken tar ikke høyde for det kompliserte samspillet på feltet og i den sosiale virkelighet generelt.

Denne problematikken vil konkretiseres i del II. Først ønsker jeg å trekke problematikken litt ned gjennom å beskrive profesjonens egne krav til evidensbasert praksis.

5.2 Evidensbasert praksis som standardiseringspress på det kliniske system

I dette kapittelet skal jeg ta for meg evidensbasert medisin. Dette er relevant i forhold til stykkprisfinansiering fordi medisinske standardiseringer og resultatorienteringen i ISF er avhengig av å kunne underbygge DRG koder med evidens for den beste medisinske praksis. I forhold til evidenslogikken er det forskningsmetoden som avgjør hvor sann og god forskningen er. Kunnskap som regnes som evident må tilfredsstillende krav om klinisk testing og statistisk analyse. Ved å lage korte sammendrag av slike målinger og samle dem i internasjonale databaser, kan legene raskt få tilgang til det som er fremstilt som den beste og mest effektive behandlingen. Dette åpner for en del spørsmål, blant annet spørsmålet om det mest effektive tiltaket nødvendigvis er det beste. For eksempel kan medisinerer være effektivt i forhold til systemet, uten at dette nødvendigvis betyr at det er det beste alternativet for den enkelte pasient. Hvordan nedfeller evidensbaserte standardiseringer seg i den medisinske praksis, og hvordan utspiller dette seg i forhold til systemet med stykkprisfinansiering? Dette kapittelet er ingen ensidig kritikk av evidensbasert medisin, men en påminnelse om at kravet om evidensbasering kan føre til en neglisjering av aspekter som ikke lar seg måle. Legen blir ansvarlig for å oppføre seg evidensbasert overfor systemet, men blir ikke på samme måte ansvarliggjort ovenfor pasienten. Således kan man si at det blir viktigere å tilfredsstillende systemkrav enn å fylle pasientens behov.

5.2.1 Hva er evidensbasert medisin?

Harald Grimen (2004) beskriver evidensbasert medisin som en strategi for tillitsreparasjon. Han skriver at mange leger har en oppfatning av at tilliten til profesjonen er dalende, og at det fra legestanden sin side er satt i gang en rekke strategier som tar sikte på å gjenopprette denne tilliten. Han skiller mellom strategier som søker tillitsreparasjon gjennom å forsøke ”å binde” den profesjonelle yrkesutøveren, og strategier som søker tillitsreparasjon gjennom å ”frigjøre” den profesjonelle yrkesutøveren eller klientene hans. Evidensbasert medisin faller inn under førstnevnte strategi. Grimen skriver:

”Evidensbasering som strategi for tillitsreparasjon kan på en måte sjåast på som et svar på dei utfordringane som marknadsøkonomisk tenkning reiser, når slike tanker vert førde inn i offentlege institusjonar. Men strategien bygger ikke på ein kritikk av slik tenking” (Grimen 2004:5)

Evidensbasert medisin kan ses på som en kvalitetskontroll for å møte pasienten som kvalitetsbevisst kunde, men også for å møte de markedsøkonomiske krav om målbare kvalitetsindikatorer. Evidensbasering blir slik et universalmiddel for legestanden til å løse krysspresset fra media, pasientenes forventninger, politikere og administrasjonens økonomiske rasjonalitet. Pasientene trenger garantier for at de får den beste behandlingen og politikerne trenger garantier for at de betaler for den beste og mest effektive behandlingen.

I følge Ekeland (2004) er ambisjonen bak evidensbasert medisin å minske gapet mellom forskning og praksis, og således bli en slags oppdragelse av klinikerne til å oppføre seg evidensbasert. Målet er med andre ord å bedre kvaliteten gjennom å begrense det subjektive kliniske skjønnet. Ellis med medforfattere påpeker det vesentlige poenget med evidenslogikken slik:

”Eit vesentleg poeng var å lære legane å lese mindre lærebøker og mer forskningslitteratur, og å lese denne på måtar som gjorde kunnskapen nyttig for praksis. I internasjonalt medisinsk fagmiljø ingjekk slike initiativ i ein debatt om faget sitt vitenskapelige grunnlag, til dømes ein leiarartikkel i British medical journal i 1991 som påsto at berre om lag 10-20% av medisinske intervensjonar var underbygd av solid vitenskapleg evidens” (Ellis, Mulligan, Rowe and Sacket, 1995, i Ekeland 2004: 29)

Ekeland (2004) påpeker også at den akademiske medisins strategi neppe var at evidensbasering skulle erstatte det kliniske skjønnet, men snarere styrke det. Den medisinske praksis skal således ikke underlegges et evidensregime, evidensbaseringen skal heller være en slags rettesnor og kvalitetssikring.

Det som er relevant i forhold til begrepet kvalitetssikring er at begrepet også er nært knyttet til stykkprisfinansierings logikk. DRG-koder som tellbare kvalitetsindikatorer deler det samme utgangspunktet som kvalitetssikring gjennom krav til evidensbasert praksis.

Resultatet kan bli detaljstyring gjennom krav om at alle medisinske intervensjoner skal

reduseres til tellbare prosedyrer. Når kravet til standardisering kommer både fra det økonomiske styringssystemet og fra profesjonen selv, kan det føre til en implisitt sannhet om at det å tilfredsstille systemet blir det samme som å tilfredsstille kravet om god medisinsk praksis. På den måten vil effektivitet kunne bli det viktigste styringsprinsippet, uten at det er nødvendig å klargjøre hvorfor man egentlig handler som man gjør og hvilke behov man egentlig dekker. Med det mener jeg at hvis noe fremstår som ”sannere” enn noe annet, så kan ikke det som fremstår som ”sannheten” kun ses på som en rettesnor for praksis. Det ville blitt det samme som at rødt lys i trafikken kun var veiledende.

Systemer som tilrettelegger for tilgang til kunnskap kan være bra når forskningslitteraturen på feltet representerer en overflod av forskjellige resultater basert på ulike strategier fra ulike aktører. Men en seleksjon av kunnskap innebærer også at noe faller bort. Ekeland (2004) påpeker at det er kjennetegn ved den vitenskapelige kunnskapsformidling som selekteres vekk. Dette dreier seg om refleksjon og kritisk vurdering av hvilken kontekst kunnskapen skapes i og hvordan den fremstilles. Metodekravene som stilles til evidensbasert medisin faller således sammen med det samme regime som legemiddelindustrien har vært pålagt for å få sine medisiner ut på markedet. Ekeland skriver:

”Når farmakaindustrien helsar EBM-konseptet velkommen er det ikkje oppsiktvekkjande. Dei metodekrava EBM er underlagt er krav dei alt er pålagde. No kan dei sjå fram til at andre som tilbyr behandling blir underlagt tilsvarande regime. Ikkje minst gjer det seg gjeldande i psykiatrien, der ”konkurrenten” til psykofarmaka er samtalebehandling eller psykoterapi. Sidan forskning kostar og industrien sjølv har pengar, blir det gjort langt flere kvalifiserte studier på medikament enn psykoterapi på for eksempel depresjon. Slik har ein klart å skape ei ”evidensbasert tilråding” om at medisin er førstealternativ ved milde og moderate depresjonar. Vitskapelig sett er det ikkje fagleg grunnlag for ei slik generalisering (Elkin 1994, Wampold 2001), men medisin er jo billigare enn samtalen. I spelet om makt aukar også sjansane for at ein nyttar seg av pseudovitenskapelege konstruksjonar for å legitimere sine ”produkt” Der er t.d. oversyn to hundre studier (som oppfyller kravene til EBM) som dokumenterar at auroamassasje er verksam terapi. Siden ”evidensbasering” set fokus på å dokumentere effekt, kan ein slik kome til den feilslutning at ”aura” ontologisk sett er ein relevant kategori” (Ekeland 2004:35).

Eksempelet med depresjon er spesielt relevant i forhold til bestemmelsen om at det skal innføres stykkprisfinansiering i psykiatrien, noe jeg kommer tilbake til. Diskusjonen rundt

legemiddelindustrien skal jeg klargjøre i eget eksempel der jeg eksemplifiserer vekselvirkningen mellom evidensbasert markedsføring og medisinsk praksis, selv om annen evidensbasert informasjon er motsigende. Først vil jeg imidlertid redegjøre for pasientens rettigheter i forhold til evidensbasert medisin.

5.2.2 Evidensbasert medisin og den kompetente pasienten

Evidensbasering dreier seg også om et bilde av pasienten. Pasienten er en rasjonell aktør med autonome strategier og krav til legen. Pasienten er tydeligvis i stand til å foreta rasjonelle kalkyler til tross for sin sykdom. Dette samsvarer med den siste tids trend i helsevesenet som ofte omtales som "health care consumerism", hvor pasienten betegnes som en kunde i et åpent marked. Pasienten får sin kundestatus sikret gjennom pasientrettigheter som blant annet fritt sykehusvalg. Denne logikken peker på at pasienten aktivt tar valg i hvilken "vare" han skal "betale" for i tråd med markedslogikken innenfor offentlig sektor, inspirert av tidligere nevnte New public management. Pasienter lærer gjennom for eksempel internett om forhold som tidligere var forbeholdt medisinsk personell, og noen bruker informasjonen de finner til å stille spørsmål og krav til behandlende personell. Det synes dermed som om økt tilgang til informasjon gir pasienter mer makt, og at økende internettbruk gir flere pasienter med mer makt, hvilket skulle være i tråd med markedslogikken. Dette sannsynlige årsaksforholdet behøver imidlertid ikke nødvendigvis å ha noen rot i virkeligheten. Det er nemlig ingen automatikk i at en pasient som benytter internett oppnår mer makt og kontroll i sin egen behandling enn en som ikke gjør det. En nyere studie av Roma Harris (2004) utført i Canada viser at sosiale forhold er langt mer avgjørende enn den siste utviklingen i internett-teknologi. For det første varierer pasienters ønske om kontroll i egen behandling sterkt. Dette gjelder spesielt pasienter med livstruende sykdommer. Økt kontroll medfører samtidig et økt ansvar, og pasienter med livstruende sykdommer kan føle de har nok å stri med hvis de ikke også skal overlates et ansvar de ikke har grunnlag for å takle. Det kan derfor være greit å overlate dette ansvaret til legen, selv om man har økt tilgang til informasjon. For det andre kan mye av medisinsk informasjon være relativt brutal lesning. En pasient som leser om bivirkninger av preparater, mulige utfall av

behandlingen han selv får, og ikke minst mulige utfall av egen sykdom, kan utvikle en angst og redsel i stedet for opplevelsen av kontroll. For det tredje oppleves ikke alltid en informert pasient som noe positivt av helsepersonell. Harris' og andres forskning viser at enkelte leger ikke er klar for å overgi egen kontroll til en pasient. Dette kan medføre en viss tilbakeholdenhet hos legen, som igjen kan virke ødeleggende for dialogen dem imellom.

Troen på den "kompetente pasienten" kan være en av årsakene til det opplevde tillitsbruddet fra legenes side. I så måte kan man se evidensbasing som en strategi for å møte den "kompetente pasienten" på hans eller hennes premisser. Men det kan også være en strategi for å forsvare legestandens monopol, uten at det er noen grunn til å tro at det ligger en slik bevisst strategi bak. Det er nok mer sannsynlig at logikken bak evidensbasert medisin dreier seg om et opplevd tillitsbrudd som fremkommer av det økende kunnskapsnivået i samfunnet generelt, men det kan også være slik at tillitsreparasjonen i seg selv skaper mistillit fordi systemet gjennom pasientrettighetene overlater et vesentlig ansvar til pasienten. En eventuell medikaliseringstendens av samfunnet kan også være med på å forklare folks forventninger til medisinen. Å være en syk, men kompetent "kunde" av helsetjenester kan svekke tilliten til de aktører du skal handle med, fordi det ikke er naturlig å tro at man som pasient selv kan sitte på god nok informasjon til å ta et optimalt valg. Dette kan føre til at pasienten må gi fra seg dette ansvaret til legen, men likevel være ansvarlig for sitt eget samtykke. Med det mener jeg at valgfrihet kan skape utrygghet når man i praksis ikke har selvstendig autonomi i forhold til fritt brukervalg, men kun en visshet om at man burde være sin egen "advokat" og selv kontrollere informasjonen forut for sin egen behandling.

5.2.3 Evidensbasert praksis og stykkprisfinansiering

Når troen på det medisinske skjønnets svikter, kan evidensbasert praksis være en måte å ta "sannheten" tilbake på. Fokuset i media på former for feilbehandling og livstruende sykdommer som legen overser, tvinger også frem en reaksjon og et krav om bedre kontroll på utøvelsen av medisin. Men viktigst i forhold til denne oppgaven er som tidligere nevnt New

public managements fokusering på effektivisering gjennom resultatstyring. Dette øker presset på profesjonsaktørene fordi det er deres metoder som da ses på som ”produksjonskreftene”. Behovet for å kategorisere blir dermed helt nødvendig for å møte behovet om å måle resultatoppnåelse. Evidensbasert medisin blir dermed et godt eksempel på det som tidligere er beskrevet som medisinsk rasjonalitet som møter økonomisk rasjonalitet. Men hva skjer med alt som ikke kan måles?

5.2.3.1 Aspekter som ikke kan måles

Standardisering gjør pasienten til objekt, noe som i mange sammenhenger kan virke logisk. La oss ta for oss et eksempel med en pasient som har en malign svulst i tykktarmen og legges på operasjonsbordet for å fjerne denne. Kan denne operasjonen standardiseres? De fleste mulige forløp er det mulig å forklare i ettertid. For eksempel at det tok lengre tid på grunn av forskjellige type komplikasjoner eller at svulsten satt vanskeligere til enn antatt osv. Men hva om kreftcellene hadde spredd seg til for eksempel bukspyttkjertel og lever⁴? Operasjonen er da ikke lenger nødvendig. Skal kirurgen likevel følge den standardiserte planen slik som incentivene med stykkprisfinansiering legger opp til? Å avslutte operasjonen fører til at mange timer med planlagt produksjon går i vasken. For pasienten er det en fordel om operasjonen avsluttes, da det selvfølgelig er en fordel å bli skåret i minst mulig. Det er lite trolig at noen gastrokirurg ville operert denne pasienten nettopp fordi både evidensbasert kunnskap og all subjektiv erfaring tilsier at det blir feil, men incentivene kan ikke ta høyde for dette valget, fordi det ikke kan forutsies. Med det mener jeg at det kan ikke forutsies at det er en slik spredning med akkurat denne pasienten. Kirurgien er det feltet der man mener stykkprisfinansiering passer best. Eksempelet illustrerer at det ikke i alle tilfeller, selv i kirurgien, kan forutsies hvilken handling som er til beste for pasienten. Når det beste for pasienten er å avslutte inngrepet oppstår det et hull i resultatoppnåelsen. Den medisinsk og etisk riktige handlingen blir av systemet sanksjonert som dårlig.

⁴ Dette er et veldig typisk forløp på en gastro kirurgisk avdeling. Kirurgene får ikke det fulle kliniske bildet før pas er ”åpnet” og ofte finner man ut at sykdommen ikke kan løses kirurgisk. Spredning til organer som buspyttkjertel og lever er vanlig. Disse pasientene har en begrenset forventet levetid og kan ikke helberedes medisinsk.

Evidensbasert medisin søker å bedre og korrigere det kliniske skjønnnet gjennom standardiserte prosedyrer (Grimen 2004, Ekeland 2004). Men for å kunne forutsi alle mulige utfall av for eksempel kirurgi som er det mest objektivt bare feltet, så krever det mer enn kun en standardisering av biologien. Problemet oppstår når de evidensbaserte kategoriene smelter sammen med DRG-kodene. Den økonomiske logikken legger føringer på hvilke handlinger som ønskes. Resultatet i dette eksempelet blir da at man unnlater å operere pasienten, som er den riktige medisinske avgjørelsen, men ved å handle riktig i forhold til denne pasienten oppnår man faktisk et økonomisk tap. Hvis kirurgene skulle følge incentivene slavisk ville denne pasienten bli operert og dermed slite med flere aspekter enn kun sin grunnsykdom. Hvis systemet skal ta høyde for en slik problematikk kan man tenke seg et annet scenario. Hvis man får betalt for ikke å gjøre inngrepet når det er en slik spredning, nettopp for å unngå den nevnte vridningsmekanismen, så blir det faktisk økonomisk lønnsomt å ikke operere de som ikke har spredning og som dermed kan reddes. En slik form for ”kreativ koding” blir vanskelig å kontrollere da det er lite trolig at man åpner pasienter for å se om kirurgene har kodet riktig. Jeg mener på ingen måte at dette kan bli en bevisst praksis, men det kan være en reell problemstilling i de tilfeller hvor det er tvil om graden på spredning, uten at det nødvendigvis er en bevisst handling fra den enkelte kirurg.

5.2.5 Evidensbasering fra legemiddelindustrien og den medisinske praksis

Foruten viktigheten av å se på hvordan evidensbasering nedfeller seg i praksis, så bør man også se på om det er aktører som har økonomiske motiver for å definere den ”riktige” medisinske handlingen. Grunnen til at jeg tar med dette aspektet i forhold til evidensbasering av medisinsk praksis er at jeg ser det som et vesentlig poeng i forhold til de kriterier som skal oppfylles på forskningsfronten for å få godkjenning og markedsføringstillatelse på et preparat. Jeg skal ikke gå detaljert inn i dette, men påpeke som tidligere nevnt at det dreier seg om krav til å påvise effekter av behandling. Dette er også relevant i forhold til effektivisering og stykkpris fordi det ligger i medisinerings natur at den skal løse fysiologiske skjevheter på en fysiologisk effektiv måte. Ekeland (2004) viser til forskning fra Cho og Bero (1996) der det påvises at kommersielle aktører oftere påviser effekt enn det uavhengig forskning gjør. I Norden finnes det også forskning på hvordan informasjon fra

legemiddelindustrien om farmakologiske nyvinninger i praksis når frem til den enkelte lege. Jeg vil vise til et eksempel på hvordan en farmakologisk konstruert sannhet, framstilt som evidensbasert, har fått definere den medisinske praksis, selv om uavhengig evidensbasert forskning formidlet motstridende resultater. Først vil jeg imidlertid si litt om omfanget av informasjon om preparater fra industrien og til profesjonen.

I artikkelen ”Et års skriftlig legemiddelinformasjon til en kommunelege” i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* kommer det frem at leger i løpet av ett år mottok 5669 sider med legemiddelinformasjon hvorav 5115 sider kom fra legemiddelindustrien. Det ble også anslått at det i Sverige årlig blir brukt ca. hundretusen kroner per lege av industrien til markedsføring mot legene (Molaug og Spigset 2001).

En annen artikkel i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* (Eriksen, Nilsen, Spigset og Slørdal 2003) setter fokus på cox 2-hemmere, som er et smertestillende preparat som industrien innførte medio 2000. Dette er hovedsakelig et virkestoff som blir brukt mot moderate og akutte smerter i muskler og skjelett. I undersøkelsen ble 602 allmennpraktikere fra Troms, Sør- Trøndelag og Østfold tilsendt et spørreskjema for å undersøke hvordan de forholdt seg til utskrivningen av disse preparatene. 92 % av legene svarte at de ikke trodde at det var noen vesentlig forskjell i effekt mellom de nye preparatene (f.eks Celebra og Vioxx) enn de tradisjonelle av samme type (f.eks Dispril og Ibux). Her var legene enig med den uavhengige forskningen, som artikkelen viser til. Da det ble spurt om legene trodde de nye medisinene hadde færre bivirkninger enn de tradisjonelle, svarte 81 % av de spurte at de nye preparatene gav færre bivirkninger enn de tradisjonelle. Forskningen artikkelen viser til har klare resultater på at de nye preparatene har like god effekt som de tradisjonelle og at det ikke var rapportert færre eller mindre alvorlige bivirkninger ved de nye medisinene. Det blir konkludert med at et flertall av leger har en uriktig oppfatning av at de nye preparatene skulle ha færre bivirkninger enn de gamle, og at dette kan skyldes intensiv og ukritisk markedsføring av disse preparatene.

Dette er et godt eksempel på hvilken informasjon som når frem til den enkelte lege. Begge undersøkelser oppfyller kravene om evidens, men konkluderer forskjellig.

I Felleskatalogen (høsten 2004 i forbindelse med en oppgave i teorispesialisering) fant jeg priser som jeg sammenlignet. For Vioxx, som var et av de meste brukte av den nye varianten Nsaids, var prisen for 98 tabletter 1041kr. For Ibux, som er et av de mest brukte av de tradisjonelle preparatene, var prisen for 100 tabletter 92 kr. Dette er to preparater som på denne tiden hadde antatt like god effekt og lik frekvens i forhold til hyppighet av bivirkninger. Alternativet som 92 % av legene trodde hadde færrest bivirkninger, kostet mer enn ti ganger så mye. Begge medisiner ble helt frem til oktober 2004 solgt på blå resept for kroniske smertetilstander (www.felleskatalogen.no 2004).

Skal vi tro undersøkelsen om informasjon til legene, viser dette priseksempelet at det er det desidert dyreste alternativet som ble førstevalg og som dermed definerte utskrivningspraksisen i forhold til pasienter som fikk foreskrevet denne type medisiner. Det fantes på denne tiden også evidens for at det billigere alternativet var like bra. Gjennom aktiv markedsføring og evidensbaserte fremstillinger klarte industrien å skape en praksis der deres preparater ble førstevalg.

30 september 2004 offentliggjorde statens legemiddelverk følgende på sine nettsider:

”Vioxx (rofecoksib) trekkes fra verdensmarkedet med øyeblikkelig virkning etter en studie som har vist øket forekomst av hjerneslag og hjerteinfarkt hos pasienter som har fått rofecoksib (virkestoffet). Dette betyr at ingen pasienter lenger vil få utlevert Vioxx fra apotek” (legemiddelverket.no 2004).

Etter fem år på markedet, der selskapet har tjent store penger ved å drive lobbyvirksomhet ovenfor politikere og legestanden for å få preparatet inn under blåreseptordningen, og dermed hovedsakelig finansiert gjennom rikstrygdeverket, med den enkelte lege som portvakt for hvem som skal få tilgang til medisinen, blir preparatet trukket tilbake pga evidens om at den øker faren for hjerte og karsykdommer.

I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* en måned etter, blir det referert til forskning som avdekker at dette er informasjon som kom frem allerede under utprøving av medisinen.

”Det er ny forskning, publisert i the Lancet (2004), som konkluderer med at bevisene var sterke nok allerede i 2000. Men først i september 2004 trakk produsenten Merck (MSD) medikamentet fra markedet på grunn av påvist økt risiko for alvorlige kardiovaskulære hendelser. Risikoen ble dokumentert i APPROVe-studien. Til da hadde rundt 80 millioner pasienter brukt Vioxx, og salgsinntektene hadde nådd 2,5 milliarder dollar”. (Tidsskrift for Den norske lægeforening 8\11 2004)

Grunnen til at jeg har med dette er for å vise at evidens kan være så mangt.

Legemiddelindustrien drives av et profittjag og er underlagt sterke krav om evidens for å få markedsføringstillatelse på produktene sine. Troen på at evidensbasert vitenskap er noe presist og at det ligger en absolutt kvalitetssikring i disse kravene, kan ofte være en feilslutning. I kampen om å få definere den sanne evidens om den beste praksis er det muligheter til å manipulere data ved å bruke de variablene som gir positive signifikante utslag. Disse kan brukes for å få medisinen godkjent og til å overbevise legestanden om medisinen innovative fortrefelighet. Andre variabler i samme datasett som studien viser til, kunne fortelle oss allerede i 2000, at det var sannsynlig at medisinen kunne føre til økt forekomst av hjerte- og karsykdommer. Hvilken evidens som vektlegges er viktig. Dette er et eksempel på at evidensen som nådde frem til praktikerer hele tiden satte preparatet i et godt lys. Evidens for at medisinen kun hadde samme effekt og samme grad av bivirkninger i forhold til mage- og tarmproblematikk, som de langt billigere tradisjonelle preparatene, nådde ikke frem til legene. Til slutt kom det frem evidens om at Vioxx førte til andre og enda farligere bivirkninger, og at dette hadde vært kjent av industrien siden preparatet kom på markedet.

Dette er selvfølgelig et grelt eksempel, men det illustrerer problemet ved en ekstrem tro på den presise og målbare vitenskapen. Stykkprisfinansieringslogikken baserer seg på troen på den presise målbarheten av medisinsk praksis. Derfor blir evidenslogikken den eneste metode for å måle produksjon. Jeg vil trekke problematikken inn igjen når jeg diskuterer innføringen av stykkprisfinansiering i psykiatrien.

5.3 Sykepleie som vitenskap.

Jeg har valgt å ta med en framstilling av sykepleiefaget som vitenskap. Dette er fordi jeg som kandidat selv er sykepleier og delvis baserer empirien på egne erfaringer, og fordi oppgaven tar for seg høringsuttalelser fra Sykepleierforbundet. Medisin som vitenskap mener jeg allerede er gjort rede for i forhold til evidensbasering.

Sykepleiefaget har i senere år utviklet seg mot en større grad av profesjonalisering. Faget har fått innpass på universitetet og det blir satset forskningsmidler på å utvikle faget. Dette er argumenter for at sykepleie kan defineres som en egen vitenskapsgren. Dette er ikke uproblematisk ettersom sykepleiens framvekst og etablering som først høyskolefag og deretter universitetsfag alltid har vært underlagt det medisinske paradigmet. Det var takket være legene at sykepleie en gang i tiden ble et høyskolefag. Hallandvik skriver at det var medisinenes behov for spesialisering som åpnet for framveksten av moderne sykepleie (Hallandvik 2002).

Teoretisk har sykepleiefaget presentert seg selv som et fag som tar utgangspunkt i et holistisk menneskesyn, altså et syn på mennesket som mer enn summen av enkeltkomponenter. Dette er et slagord som Grimen og Nordtvedt karakteriserer som typisk for ontologisk holisme (Grimen og Nordtvedt 2004).

Jeg forstår dette slik at erkjennelsen om at mennesket er mer enn summen av enkeltkomponenter i utgangspunktet står i kontrast til den biologisk reduksjonistiske medisinen, men siden ontologien ikke primært omhandler strukturen i vår kunnskap, men heller en beskrivelse av virkeligheten, kan et slikt syn på sykepleie i forhold til medisin være feilaktig. Pål Repstad (1997) skriver at selv om sykepleien tradisjonelt har vært under medisinsk kontroll så har ikke faget primært sett hatt et medisinskfaglig innhold. Spørsmålet er da om sykepleie i teori, eller kanskje mer presist ideologi, omfavner en ontologisk holisme i en praksis der premissleverandøren av handlingsdisposisjonene formidles av det medisinske paradigmet og der sykepleieferdigheter måles og

anerkjennes på samme måte. Måseide poengterer hvordan medisinske spesialiseringer innen sykepleiefaget fører til at sykepleierne underlegger seg legenes faglige domene (Måseide 1983, i Repstad 1997). Det kan diskuteres om sykepleiens profesjonsbestrebelse med hovedfokus på et verdigrunnlag bygget på nærhetsetikk (Kari Martinsen 1989 i Nordtvedt og Grimen 2005) drar sykepleierne i en annen retning enn hva den teknologiske og lønsmessige utviklingen legger til rette for. Nyere forskning (Terum, Smeby og Vågan 2005) viser at sykepleiere er vesentlig mer kritisk til sin egen utdanning enn andre yrkesgrupper i helsevesenet. Misnøyen går særlig på at utdannelsen ikke gir sykepleieren ballast til å mestre de arbeidsoppgaver feltet krever. Det ønskes mindre sykepleiefilosofi og etikk og større fokus på naturvitenskapelige fag og opplæring i medisinsk tekniske prosedyrer (Terum, Smeby og Vågan 2005). Dette kan ha en sammenheng med hvilke egenskaper hos sykepleieren som verdsettes i feltet og at sykepleierne ønsker mer av den type kunnskap de i praksis blir målt etter.

Jeg mener det er vanskelig å være seg bevisst en refleksiv varhet for den lidende som subjekt hvis man er underlagt incentiver som kun belønner praksis der den lidende patologisk defineres som materie eller produkt. Sykepleiere er på den måten underlagt et krysspress mellom fagets ideologiske plattform på den ene siden og økonomiske incentiver som tar utgangspunkt i det medisinske fag på den andre. Dette kan være relevant å undersøke nærmere i forhold til hvordan Sykepleierforbundet argumenterer i sin høringsuttalelse om stykkprisfinansiering, noe oppgaven tar for seg senere.

5.4 Profesjonsetikk

For sykepleiere og leger eksisterer det en tilsynsmyndighet som har sanksjonsmuligheter ovenfor yrkesgruppene i form av at de har hjemmel til å inndra autorisasjon, eller gi advarsel der etiske retningslinjer til forsvarlig tjenesteutøvelse ikke er fulgt. Disse etiske retningslinjene er det i stor grad yrkesgruppene selv som legger til grunn for hva det vil si å drive med forsvarlig tjenesteutøvelse (Kjølørød 2003). Kjølørød beskriver dagens press på helsearbeideren slik:

”Prosedyrekrav og strenge normer for yrkesutøvelsen eksisterer nettopp fordi de er vanskelige å leve opp til. I praksis vil idealene bli konfrontert med en kostnadsside i tid og penger. Selv erfarne fagfolk vil kunne komme til å lempe på yrkesetiske retningslinjer, kanskje uten å være helt klar over det selv” (Kjølørød 2003: 196).

I dette kapittelet vil jeg prøve å se på etikken i medisin og sykepleie. I forhold til stykkprisfinansieringen kan det virke som om det er to typer etikk som står mot hverandre, nærhetsetikk og nytteetikk. Nærhetsetikken er den type etikk som definerer idealet for praksis, særlig blant sykepleiere, men også blant legene gjennom lege-eden (”Den hippokratiske ed”). Når det gjelder nytteetikk, så finnes det argumenter for at nytteetikken kan sammenfalle med tanken bak stykkprisfinansieringssystemet som autoritativt styringssystem. Det som er interessant her med det Kjølørød skisserer i forhold til prosedyrekrav og normer for yrkesutøvelse er at det er to idealer som står mot hverandre. Skal man handle rasjonelt for å tilfredsstille systemets krav, eller skal man handle i henhold til en omsorgsfilosofi der pasientens subjektive oppfattelse av egen situasjon danner grunnlaget for handling? Leger og sykepleiere blir vurdert ut fra begge disse idealene, og de eksisterer samtidig i helsearbeidernes daglige virke. I dette kapittelet skal jeg se nærmere på hvordan dette utarter seg i praksis, med utgangspunkt i stykkprisfinansiering og de to formene for etikk, samt en diskusjon mellom Harald Grimen og Per Nordtvedt om profesjonsetikkens grunnlag.

5.4.1 Nærhetsetikk

I følge Henriksen og Vetlesen (1997) springer nærhetsetikken ut av fra tre prinsipper som står sentralt i medisinsk etikk: Autonomi som henspiller på personens ukrenkelige egenverd, velgjørenhet som har sin bakgrunn i den hippokratiske ed om å redde liv og lindre smerte, og rettferdighet som går ut på likebehandling ut i fra en forutsetning om at alle mennesker har like stor verdi. I forhold til etiske begreper som danner et akademisk tankesett er nærhetsetikken grunnsteinen i enhver abstrakt teoretisk fremstilling. Jürgen Habermas skriver:

”Hva moralsk handling er, er noe vi erfarer og lærer forut for all filosofi. Det møter oss med samme kraft i medlidenheten for andres krenkede integritet som i sorgen over vår egen sårede identitet eller i engstelsen for at den skal bli truet. Erfaringene gjennom vår sosialisering - med omtanke, solidaritet og rettferdighetssans - former våre institusjoner og lærer oss mer om moral og særlig umoral enn alle argumenter er i stand til (Habermas 1991:185, gjengitt i Henriksen og Vetlesen 1997:200).

Nærhetsetikken har fokus på det å klare å forstå et annet menneskes smerte eller subjektive ståsted. Nærhetsetikk kan således sies å være en del av den tause kompetansen som helsearbeidere besitter, og som tidligere nevnt ikke lar seg redusere til evidensbaserte kategorier.

Tradisjonelt har sykepleien lagt vekt på følelsesmessige evner hos sykepleieren som grunnlag for faglig dyktighet og etikk (Vetlesen1999). Sykepleierens innlevelsesevne og varhet vektlegges for å identifisere pasientens behov og for å tolke fysiologisk forandring i pasientens tilstand. Utgangspunktet var den sykes sårbarhet og sykepleierens fagkunnskap om at sykdomserfaring endrer den sykes livsverden. Dermed ble betoningen ikke bare på etiske valg og begrunnelser, men også det som ligger til grunn for disse handlingene. Moral innebærer også vår oppførsel overfor den som påkaller vår medmenneskelighet. Denne tradisjonsetikken er gjenopptatt i blant annet Knut Ejler Løgstrups(1991 i Kristoffersen 1997) teorier som grunnlag for nyere omsorgsteorier. Omsorg er ikke en virksomhet vi velger som selvstendig tenkende vesener, den er en del av "vår væren i verden", som en grunnleggende struktur i vårt liv. Våre liv er viklet inn i hverandre og innebærer etisk forpliktelse for våre medmennesker. Løgstrup kan sies å være inspirator for Kari Martinsens antipositivistiske omsorgsfilosofi. I følge Martinsen har moralen to sider, som hun i tråd med Løgstrups tenkning betegner som spontanitet og norm. Den spontane moralen er det primære og ubegrunnede, en uegennyttig handling til beste for andre. Normmoralen er den sekundære moralen som viser til regler og prinsipper som er skapt av mennesker og samfunnet. Disse eksisterer side om side i all praksis med syke mennesker (Martinsen 1989 i Kristoffersen1997: bind 1).

5.4.2 Nytteetikk og stykkprisfinansieringssystemet

I mange markedsmodeller framstår egennytte som et nødvendig prinsipp for at flest mulig skal få mest mulig nytte. Logikken er at når hver enkelt velger det som er best for dem, vil den totale sum av nytte være størst. Egennytten forstås som både drivkraft og veiviser. Aktører som ikke opptrer egennyttig, handler irrasjonelt i forhold til en slik logikk. En selger som ikke selv ønsker å tjene på salget, er en uforståelig selger. En forbruker må ha oversikt over markedet for å gjøre de rette valg. En kjøper må ta hensyn til, men kan ikke stole helt på selgerens råd. Det er en interessemotsetning mellom kjøper og selger som begge må være innforstått med. Konkurranseselementet ligger i å søke mest mulig nytte for minst mulig kostnad og dermed gjøre størst fortjeneste. En slik logikk sammenfaller med det vi kaller nytteetikk. Denne etikken kan sies å åpne for en aksept av at man kan ”ofre” de svakeste pasientgruppene for å bruke ressurser på arbeidsføre og ressurssterke, som igjen bidrar til samfunnet (Motmakt melding 2001). Henriksen og Vetlesen skriver dette om nytteetikk:

”Nytteetikken har problemer med å begrunne at ikke enkeltmennesker kan ofres hvis det er til flertallets beste. I forhold til den sosialpolitiske virkelighet er dette slett ikke uvesentlig. I flere land i Europa ser vi en utvikling i retning av et 2/3 samfunn, der et mindretall (1/3) av befolkningen er arbeidsløse eller lever under sosiale og økonomiske forhold som står i skarp kontrast til flertallet. En nytteetisk tilnærming til sosialpolitikk kan brukes for å forsvare dette, ut fra den tankegangen at flere får det vesentlig bedre dersom noen må gi avkall på å oppnå de samme sosiale og økonomiske vilkår som resten, fordi gevinsten totalt sett blir større dersom godene skulle fordeles likt på alle. Nytteetikk kan slik kobles sammen med en økonomisk liberalisme som legger vekt på at det er ens eget ansvar og opp til en selv hva en gjør ut av sin økonomiske og sosiale situasjon. (Henriksen og Vetlesen 1999:178).

Offentlig helsesektor er tradisjonelt bygget opp med helt annen logikk og etikk enn den nytteetiske tilnærmingen som ligger i stykkprisfinansieringssystemet. Selv om egeninteressen nok er tilstede hos helsearbeiderne, er det uegennytten som er idealet, og pasientens beste som skal være mål og drivkraft. Olaug Lian skriver: ”Helsearbeideren kjennetegnes først av alt av en klart uegennyttig og ikke-instrumentell innstilling. En av de viktigste motivasjonsfaktorene for deres handlinger er ønsket om å hjelpe den som er syk og har behov for behandling og pleie” (Lian 1999:95).

Behandleren forventes å jobbe for å hjelpe pasienten, ikke for å maksimere sin egen nytte. En lege som prøver å selge sine tjenester til pasientene for å optimalisere økonomisk utbytte, kan vekke mistro. Pasienten forventes å stole på at legens motiv er at pasienten skal få det bedre. Denne tilliten til behandleren har tradisjonelt vært sett på som en forutsetning for god behandling. Et nytteetisk perspektiv vil kunne svekke denne tilliten når det legges opp til at legens motivasjon skal mobiliseres med penger som er direkte relatert til medisinske diagnoser.

Det er ikke uproblematisk å påstå at stykkprisfinansieringssystemet er bygget på nytteetikk, da det er et avklart mål at vi skal ha et helsevesen tilgjengelig for alle. Det som derimot kan brukes for å understøtte en slik påstand er de virkninger som systemet antas å medføre, at det overordnede prinsipp er å stoppe utgiftsveksten på et aggregert nivå, samt den ideologien som systemet er inspirert av. Lian og Westin skriver følgende i en kronikk i Dagbladet 20. februar 2005:

”Til tross for intensjonene om å være prioriteringsnøytral, er det mye som tyder på at ISF har en del utilsiktede og uønskede konsekvenser for hvem som kommer først til behandling i norske sykehus. At slike fordelingsvirkninger eksisterer er rimelig sikkert. Hva de består av er mer uklart, men det er liten grunn til å betvile at det til en viss grad foregår en prioritering av relativt friske men økonomisk lønnsomme pasienter med enkle behandlingsbehov. Dette utgjør en trussel mot helsetjenestens likhetsidealer og det overordnede fordelingsprinsippet: Til de som trenger det mest” (Dagbladet 20. februar 2005:33)

Jeg støtter meg til Lian og Westin og mener det er rimelig å anta at systemet har utilsiktede konsekvenser i form av at de svakeste gruppene nedprioriteres i fordelingen om knappe helsegoder. I 2002 fikk finansieringssystemet sin institusjonaliserte form gjennom foretaksreformen. Dette, sammen med at systemet skal styre klinisk praksis etter økonomiske incentiver støtter opp om antagelsen om nedprioritering av de svakeste gruppene, selv om intensjonen i utgangspunktet var å begrense de store kostnadsøkningene. I følge en artikkel i Aftenposten (5. august 2005) har kostnadene for sykehusene økt med 20 % i perioden 2002-2004. Det kan med utgangspunkt i dette virke som om denne intensjonen ikke har blitt innfridd.

5.4.3 Etikk og stykkprisfinansieringssystemet

Kollegaene på senter for profesjonsforskning Nordtvedt (2005) og Grimen (2005) har nylig hatt en diskurs angående profesjonsetikkens rolle hos dagens helsearbeidere. De er begge bekymret for at helsevesenet i dag dreier seg i større og større grad om økonomi, og mindre om å ivareta verdier. ”Institusjonene har blitt produksjonsfabrikker med stadig høyere krav om effektivitet” sier de i et intervju(2005). De er derimot uenige om hvilken medisin som virker. Professor Per Nordtvedt, med bakgrunn som sykepleier, sier:

”Profesjonsutøverne må i stadig større grad ta hensyn til budsjetter og presses hardt for å være effektive. Derfor er det veldig viktig at allmennmoralen og nærhetsetikken står sterkt(...). Etske problemstillinger mellom utøver og klient står i et spenningsforhold til institusjonenes og samfunnets krav, og det er desto viktigere at profesjonsutøverne verner og ivaretar klientene”. (Boockmark i ref. liste).

Grimen argumenterer annerledes i intervjuet:

”Problemet er at dagens profesjonsetikk har alt for ensidig fokus på det relasjonelle og individuelle møtet mellom profesjonsutøvere og klienter. Profesjonenes samfunnsoppdrag spiller en betydelig rolle, men det reflekteres det lite over, sier Grimen. Han forklarer at det politiske grunnlaget i profesjonsetikk består i at profesjonene har fått et oppdrag av samfunnet som skal løses etter politiske og økonomiske retningslinjer. Dette samfunnsoppdraget blir gitt felles til gruppa, og ikke til de enkelte profesjonsutøverne. Det betyr at profesjonene ikke styres av individene, men av politiske beslutninger. Derfor må profesjonsetikken også forholde seg til dette politiske grunnlaget, og i mye større grad enn i dag”. (Boockmark i ref. liste).

Nordtvedt mener at profesjonsutøverne skal mobilisere en motmakt basert på allmenmoral og nærhetsetikk. Det som, slik jeg ser det, kan være problematisk med resonnementet til Nordtvedt, er at det er disse ferdighetene som den økonomiske rasjonaliteten tar sikte på å begrense. Den subjektive autonome behandleren er trusselen mot den effektive og evidensbaserte kliniker. Stykkprisfinansiering som et autoritativt styringssystem gir, slik jeg ser det, ikke rom for at nærhetsetikk kan være en basis for reell motmakt. Disiplineringen som ligger i systemets logikk står slik i direkte motsetning til den tankegangen Nordtvedt skisserer. Dessuten er jeg skeptisk til hvordan dette skal skje.

Å tro at mennesker som jobber med mennesker i utgangspunktet holder en høyere etisk standard enn befolkningen generelt kan være en feilslutning, hvis man tar utgangspunkt i at evnen til å foreta etiske valg er en ferdighet som erverves gjennom sosialisering og utspiller seg som relasjonelle ferdigheter. Slik jeg forstår Nordtvedt når han snakker om økt fokus på nærhetsetikk og allmenmoral, så må et slikt fokus innebære økt satsing på akademisk skolering i etikk. Som representant for et fag som er ”gjennomsyret” av slik etikk, så er min erfaring at jeg og mine kolleger i praksis ikke kan påberope oss en bedre forståelse av praktisk etikk. Med det mener jeg at fokuset på etiske dilemmaer like gjerne, og dessverre kanskje oftere, blir satt på dagsorden av den uskolerte pleieassistenten enn av den skolerte sykepleieren. Troen på effekten av økt skolering i akademisk etikk vil derfor ikke nødvendigvis gi grobunn for en reell motmakt. Evnen til å foreta akademiske refleksjoner gir ikke automatisk noen forsikring om en styrking av nærhetsetikk som grunnlag for motmakt mot de strukturelle føringer i helsevesenet, føringer som tar sikte på å begrense subjektiviteten ikke bare til behandleren, men også i forhold til hensyntagen til pasientens subjektive oppfattelse av egen situasjon. Medisinen som Nordtvedt skisserer kan like gjerne bli en sovepute eller gi utøverne troen på etisk overlegenhet i et system der man er underlagt produksjonskrav basert på standardiseringer. Jeg er derimot helt enig i at nærhetsetikk er viktig, men da må det eksistere betingelser som legger til rette for dette. At nærhetsetikken skal fungere slik at helsearbeidere tar på seg ansvaret som ”forbrukerombud” for de svakeste pasientgruppene, vil kunne være vanskelig under det eksisterende systemets logikk, all den tid det ikke foreligger noen incentiver som premierer en slik måte å handle på.

En motmakt mot et system som belønner det motsatte av nærhetsetikk er som sagt vanskelig, særlig hvis systemet påberoper seg å springe ut av de samme idealer. Med det mener jeg at systemet påberoper seg en innebygd rettferdighet som er bestemt a priori, dermed er det systemet som på en måte definerer etikken. Systemet appellerer til aktørene om å disiplinere seg fordi systemet søker incentiver basert på kategorier som hevder å være sammenfallende med aktørenes fagetikk. Hvis dette er tilfelle kan økt skolering i etikk være et nytteløst tiltak for å mobilisere motmakt mot systemet.

Stykkprisfinansieringssystemet er hovedsakelig et forsøk på å administrere handlingene ovenfra, dermed vil beslutningene ikke direkte mobiliseres av nærhetsetikk hvis systemets intensjoner skal oppfylles. I et system der incentivene styres av økonomisk rasjonalitet ovenfra, så vil nærhetsetikken vanskelig kunne mobiliseres når aktørene, som søker kontroll over handlingsdisposisjonene, ikke får sitt beslutningsgrunnlag ”forurenset” av opplevelser av å møte menneskelig lidelse. Nærhetsetikk kjennetegnes som tidligere sagt gjennom møte med et annen menneske og en gjenkjennelse av felles menneskelige følelser, og kan derfor vanskelig mobiliseres av helsebyråkrater som i tid og rom befinner seg fjernt fra pasienten, i en mer teoretisk virkelighet. Jeg er enig med Nordtvedt (2005) i at nærhetsetikken må ligge til grunn for profesjonsetikken, men uenig i at den kan mobilisere til en reell motmakt mot stykkprisfinansieringssystemet. I så fall må dette gå via politiske beslutninger som gir institusjonalisert handlingsrom, som igjen da kan gi plass for mobilisering av nærhetsetikk.

Grimen(2005) er mer opptatt av at profesjonsutøvere må basere etikken sin på at de er gitt et samfunnsansvar, og at dette er gitt til hele gruppen og ikke til den enkelte profesjonsutøver. Han mener det er det politiske grunngitte samfunnsoppdrag som motiverer til profesjonsetiske normer og verdier, fordi det er her profesjonene henter sin legitimitet. Han er derimot bekymret for dagens instrumentalisering av helseprofesjonenes fagetikk. Han snakker om ”performance accountability” som verktøy både for evidensbasering og NPM. NPM er i tillegg bygget på ”economic accountability”. Dette er profesjonseksterne kontrollmekanismer som i sin logikk uttrykker mistillit til profesjoner som kunnskapsbaserte sammenslutninger. Resultatet blir at profesjonenes indre selvkontroll svekkes. Det som da blir stående igjen er den profesjonelles individuelle selvkontroll i kombinasjon med en ytre kontrollerende makt.

Her ligger selve kjernen i denne oppgaven. Stykkprisfinansieringen er et forsøk på å realisere politiske mål gjennom positivt å sanksjonere de handlingsvalg som gagnar fellesskapet. Spørsmålet er hva slags helsevesen vi får om profesjonsutøverne baserer sin etikk ensrettet etter slike incentiver. Det kan bli et helsevesen i større grad for profesjonsutøverne. Disse har

evne og vilje til å vinne spillet på systemets premisser ettersom logikken er at det som lønner seg for fellesskapet også skal lønne seg for profesjonsutøveren, og det er utøveren som har det reelle handlingsvalget i forhold til valg av kategoriene utøveren er underlagt. Med det mener jeg at handlingsmodellen bak stykkprisfinansieringen kan slå tilbake på de intensjoner som ble lagt til grunn, nettopp ved at aktørene faktisk lærer å oppføre seg økonomisk rasjonelt på systemets premisser. Et system som forutsetter at aktørene skal oppføre seg nyttemaksimerende for systemet, vil kunne undergrave seg selv hvis aktørene i større grad handler nyttemaksimerende i forhold til rent egoistiske preferanser, hvilket jo også er noe systemet søker kontroll over. Dette fordi systemet, som Grimen (2005) påpeker, er avhengig av profesjonen som en kollektiv sammenslutning. Hvis ikke profesjonen selv er en sammenslutning, hvem er det da som har fått samfunnsoppdraget? Er det den individuelle utøver som eksternt skal kontrolleres gjennom interessebaserte økonomiske incentiver? Slik jeg ser det skaper systemet de samme strategiene som det søker å kontrollere. Når det blir oppdaget vridningsmekanismer justeres incentivene slik at vridningen gir seg utslag andre steder. Kravet om ansvarliggjøring gjennom kvalitetssikring der profesjonsaktøren kun ses som en økonomisk nyttemaksimerende aktør, kan undergrave det reelle samfunnsoppdraget. Dette har sin bakgrunn i at incentivene kan sies å premiere en oppløsning av profesjonskollegiet til fordel for egeninteressebaserte strategier bygget på den enkeltes økonomiske preferanser.

Jeg er enig med Grimen i at profesjonsetikk må gjenspeiles i det samfunnsoppdrag profesjonen har fått som gruppe. Jeg er enig i at fokuset på det individuelle og relasjonelle mellom utøver og klient har fått for mye oppmerksomhet i forhold til profesjonsetikk. Nærhetsetikk er noe som ikke kan læres akademisk, det mobiliseres gjennom en sensibilitet ovenfor den andres smerte. Det er dette som ligger til grunn for følelser som empati, som jeg igjen mener er forutsetningen for et samfunns grad av solidaritet. Ut i fra dette kan jeg si at jeg ser ingen grunnleggende motsetninger mellom Grimen og Nordtvedt. Nordtvedt skriver i sin sluttkommentar: "[E]t fremtidsscenario, hvor institusjonaliserte profesjonsetiske normer bryter sammen, vil det være helt katastrofalt hvis gulvet som profesjonsvirksomheten står på også helt skulle være tømt for dyder, personlig dannelse og empati som grunnlag for profesjonsutøvelse" (Nordtvedt 2005:14). Det er derfor viktig at nærhetsetikken er grunnlaget

for institusjoner som gir mulighet for mobilisering av empati. Det er nødvendig for nærhetsetikken som Grimen sier å opprettholde den kollegiale sammenslutning som hovedbasis for intern kontroll, nettopp fordi de har fått et samfunnsansvar som gruppe. Slik jeg ser det så kan ikke nærhetsetikken institusjonaliseres, men den kan gis rammevilkår slik at den kan mobiliseres. Instrumentell disiplinering vil kunne føre til et instrumentelt menneskesyn, noe som ikke gir noen naturlig grobunn for mobilisering av nærhetsetikk.

Nordtvedt kritiserer Grimen for at han sier at profesjonsetikk ikke må sees på som en forlengelse av allmenmoral. Her har Nordtvedt et poeng fordi, slik jeg ser det, så må det eksistere en kontinuerlig vekselvirkning mellom den tause implisitte etikken som erverves gjennom gjenkjennelse, og de institusjonene den gjenspeiler seg i. Det kan imidlertid hende at uenigheten mellom Nordtvedt og Grimen går på at de ikke legger den samme betydning i begrepet allmenmoral.

5.4.4 Rettigheter og rettferdighet

Jeg ønsker å knytte fagetikken opp mot rettigheter og rettferdighet. Grimen og Nordtvedt er begge enige om at kvalitetssikring og effektivisering gjennom standardisert praksis er en trussel mot profesjonskollektivet og deres interne kontrollmekanismer. Jeg vil knytte dette til den indiske aktivisten og forfatteren Arundhati Roy som skrev om dette i en artikkel i Klassekampen 27/12 2004, i forhold til et paradigmeskifte i vår forestilling av rettigheter og rettferdighet på et globalt nivå. Hun sier:

”Nesten ubevisst begynner vi å tenke i retning av rettferdighet for de rike og menneskeretter for de fattige. Rettferdighet for forretningsverden, menneskeretter for dens ofre. Rettferdighet for amerikanere, menneskerettigheter for afghanere og irakere(…)” (Klassekampen 27/12 2004).

Selv om dette sitatet kan virke litt fjernt fra det oppgaven min tar opp, så mener jeg at det kan relateres til stykkprisfinansieringssystemet. Fagfolk fanges av en bedriftsøkonomisk tankegang. Behandling blir produksjon og diagnostiske grupper blir markedsandeler. Det kan virke som dette er noe som skjer umerkelig og som innebærer en forflytning av oppmerksomheten. Rettferdigheten i forhold til stykkprisfinansieringssystemet utspiller seg

som pasientrettigheter på den ene siden, og prioriteringer i forhold til kostnadseffektivitet på den andre siden. Rettferdighet for de kostnadseffektive pasientene, og pasientrettigheter for pasientene som ikke er kostnadseffektive. Paradokset oppstår når de pasientene som ikke er kostnadseffektive ikke får oppfylt sine rettigheter fordi ingen ønsker å behandle dem nettopp fordi de ikke er kostnadseffektive. Retten til fritt sykehusvalg blir en rettighet til å velge mellom aktører som ikke har noe incitament til å behandle dem. Når slike brudd på pasientrettighetene kommer frem, kan det se ut som om det er en tendens til at man prøver å løse denne urettferdigheten på to måter. Den ene måten er at man får utvidete og mer spesifiserte rettigheter, noe som ikke i praksis er noen garanti for at man blir prioritert. Den andre måten å løse dette på er at diagnosen løftes frem og gjøres mer kostnadseffektiv. Konsekvensen av det første kan bli at det vokser frem ytterligere kontrollmekanismer i form av juridisk intervensjon enn det vi har i dag. Uten at jeg går nærmere inn på denne klagegangen vil jeg påpeke at det kreves en del ressurser for å nå frem med sin klage til helsedirektoratet eller fylkeslegen. Konsekvensen av det siste kan være at det oppfattes som veldig rettferdig å behandle denne pasientgruppen, det kan faktisk bli så rettferdig at mange flere enn tidligere får denne diagnosen.

Stanley Milgrams etter hvert berømte studie av forsøkspersoners villighet til å påføre et annet menneske smerte på forsøkslederens kommando, er et godt eksempel på at autoritet legger sterkere føringer på handling enn det moral gjør (Milgram 1974, i Nilsen 2004). Under dekke av å være et læringsinstrument ble forsøkspersoner bedt om å gi en person i et tilstøtende rom elektrisk støt hver gang denne svarte galt på et spørsmål. Påfallende mange var villige til å påføre personen på andre siden av veggen støt som var langt sterkere enn det de hadde fått informasjon om innebar fare for offeret. Baumann skriver følgende om denne undersøkelsen:

”Milgram hevdet og beviste i et nøtteskall, at umenneskelighet har med sosiale relasjoner å gjøre. Når relasjonene blir rasjonaliserte og gjort teknisk mer fullkomne, øker kapasiteten og effektiviteten for sosialt produsert umenneskelighet” (Baumann 1997 i Nilsen 2004:200).

Nå innebærer denne undersøkelsen i seg selv etiske aspekter som jeg ikke har tenkt til å drøfte her. Det som er relevant i forhold til stykkprisfinansieringssystemet som et

autoritativt styringssystem er forestillingen om at rettferdighet formidles av det autoritative systemet og ikke først og fremst springer ut av relasjoner mellom mennesker. Hvis man følger Baumanns poeng bør man frykte stykkprisfinansieringssystemets fokus på teknisk effektivitet som en autoritativ sannhetsbærer forut for det relasjonelle.

Poenget mitt er som Nordtvedt skisserer, at nærhetsetikken må gis rom for at mennesker kan oppfatte intuitivt gjennom empati en fornemmelse av rettferdighet, i tillegg til at dette slik Grimen sier at dette må gjenspeile seg i det samfunnsoppdrag som helsearbeiderne har fått som gruppe. En eventuell nedprioritering av svake pasientgrupper som ikke selv har en stemme som de kan klage på manglende oppfølging av sine pasientrettigheter med, vil være i tråd med det Baumann advarer mot. Baumanns poeng anvendt på ISF tilsier at det i den ytterste konsekvens kan være en fare for at stykkprisfinansieringssystemet kan fremstå som en moralsk ansvarliggjort autoritet som fremkaller instrumentelt produsert umenneskelighet.

Del II

6.0 Hvordan begrunnes stykkprisfinansieringen?

I dette kapitlet skal jeg gå gjennom Hagenutvalgets innstilling fra 2003, Legeforeningens og Sykepleierforbundets tilsvarende til prosessen, samt noen konkretiseringer fra stortingsmelding 5, 2003 som var departementets endelige forslag. Det som er interessant i forhold til denne prosessen sett i lys av oppgavens problemstilling, er hvordan systemets logikk begrunnes av de ulike aktørene. I dette kapitlet trekker jeg også inn egne erfaringer for å konkretisere. Et viktig poeng i forhold til systemets logikk er utvidelsen til psykiatri. Diskusjonen starter på et relativt nivå og ender opp med en diskusjon om systemets konsekvenser for den psykisk syke, i forhold til om et pasientklassifiseringssystem kan realisere målsettinger i psykiatrien, og hvilke målsettinger psykiatrien har. Det ble også nødvendig å trekke inn noen SINTEF-rapporter for å konkretisere prosessen.

6.1 Hagenutvalgets innstilling

Hagenutvalget ble innstilt ved kongelig resolusjon 1/2 -2002 for å foreslå et framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten. Utvalget ble ledet av professor i helseøkonomi Terje P. Hagen. Innstillingen var enstemmig og ble levert departementet 17. desember 2002.

6.1.1 En gjennomgang av utvalgets innstilling

I kapittel 3 av innstillingen er det en gjennomgang av befolkningens økte etterspørsel etter helsetjenester. Det fokuseres på at man i Norge bruker mer penger på helse enn noen gang før. Når BNP øker med 1 % så øker forbruket av helsetjenester med 1.1-1.3%. Etterspørselen etter helsetjenester er økende, og i følge rapporten ubegrenset, fordi et offentlig helsevesen ikke følger de etterspørselsmekanismer som gjelder for de fleste andre tjenester. Det vektlegges at det for helsetjenester uten offentlig finansiering, så trer vanlige markedsmekanismer i kraft og etterspørselen begrenses etter folks betalingsvillighet. Den

sterke veksten i helsesektoren dokumenteres med tall fra Statistisk sentralbyrå og SINTEF. Dette gjelder både for somatikk og psykiatri. Denne argumentasjonen er i tråd med hvordan de politiske aktørene argumenterte i forkant av sykehusreformen som ble gjennomgått i bakgrunnskapittelet. Kostnadene til helsevesenet stiger og må kontrolleres ved å sikre mer effektiv drift.

I utvalgets innstilling står det følgende om effektivitet:

”Effektivitet måles som forholdet mellom ressursbruk og aktivitet relativt til de sykehusene som representerer best praksis. I studiene måles to typer effektivitet. -Teknisk effektivitet uttrykker hva som oppnås ved hjelp av tilgjengelige ressurser og måles som forholdet mellom bruk av innsatsfaktorer (arbeidskraft, legemidler og medisinske forbruksvarer) og samlet aktivitet. -Kostnadseffektivitet måles som forholdet mellom samlede kostnader og samlet aktivitet. Når prisene på innsatsfaktorene heves, vil derfor kostnadseffektiviteten reduseres såfremt ikke produksjonen øker tilsvarende. Kostnadseffektivitet kan sies som hvor mye man får igjen for hver krone. Hvis innsatsen blir kostbar, for eksempel at priser og lønninger øker mer enn den generelle pris og lønnsveksten, kan kostnadseffektiviteten gå ned, selv om den tekniske effektiviteten øker” (NOU:1 2003:33).

Definisjonen på effektivitet er altså forholdet mellom ressursbruk og aktivitet relativt til de sykehusene som representerer best praksis. Den beste praksis blir slik logisk sett også den mest effektive praksis. Effektivitet er et mål på frekvensen av best praksis, eller i hvert fall frekvensen av den praksis som er rapportert.

I rapporten står det at overfor utvalget har helsepersonell og representanter for foretakene uttrykt at de har behov for incitament til produksjon og effektivitet. Det kommer ikke frem på hvilke premisser eller ved hjelp av hvilken metode denne informasjonen er innhentet, men rapporten konkluderer med at ”det må lønne seg å kunne vise til resultater”. Utvalgets gjennomgang av erfaringer med innsatsstyrt finansiering konkluderer med at helseforetakene har opplevd et økt fokus på økonomi i sine prioriteringer av aktiviteter, og et økt fokus på hva som lønner seg i prioriteringen mellom pasienter. Dette konkretiseres med at det ved inntak er en høyere bevissthet rundt hvilke lidelser som gir høy inntektsmessig uttelling (NOU 2003:1).

Slik jeg forstår utvalget er dette positivt fordi det gir en mulighet til å styre ressursbruken gjennom DRG-takstens størrelse. Hvis det er politisk ønskelig å prioritere en pasientgruppe på grunn av at det for eksempel er lange køer for akkurat denne lidelsen, så kan man gjøre denne pasientgruppen mer kostnadseffektiv gjennom å øke DRG-taksten og dermed oppnå den effekten at køen går ned. Det er flere aspekter ved dette som kan være problematisk. For eksempel kan det være problematisk i forhold til foretak som ikke har køer på denne lidelsen, fordi de uansett har prioritert gruppen. Dette foretaket vil da gå glipp av den ekstra ”belønningen” fordi de har prioritert etter pasientenes behov og ikke økonomisk nyttemaksimerende.

6.1.2 Pasienten ingen ville ha

Jeg ønsker å komme med et eksempel på helsearbeideres økte bevissthet rundt hvilke lidelser som gir høyest økonomisk avkastning. Jeg er enig med utvalget i at dette stemmer, men usikker på om effekten av dette er slik de skisserer, at det fører til en mer kostnadseffektiv drift av den enkelte behandlingsenhet. Dette er et eksempel fra et engasjement ved en kirurgisk avdeling sommeren 2004. Avdelingen har tre spesialområder; brystkreft (cancer mammae), mage/tarm (gastro), og enklere kar- og brystkirurgi (lunge og utblokking av blodårer).

En dame i 70 årene blir overført til oss fra ortopedisk avdeling. Pasienten hadde vært utsatt for en bilulykke sammen med sin mann, som forulykket. Hun hadde elleve frakturer (benbrudd) og lå derfor i strekk. Videre var hun svært forslått og forvirret. Pasienten kom til oss etter fem dager og ”bestillingen” fra ortopedene var at hun skulle være hos oss for å observere en eventuell pneumothoraks (lungekpunktering). En betydelig andel av våre pasienter kom inn med denne diagnosen, men for denne pasienten var det snakk om observasjon i tilfelle lungekollaps skulle inntre og ikke behandling av allerede oppstått sykdom. Det var enighet både blant kirurgene og sykepleierne at ortopedene hadde konstruert en diagnose for å kvitte seg med en ikke kostnadseffektiv pasient. Pasienten hadde kompliserte benbrudd og hørte dermed til ortopedisk avdeling og det ble

vurdert at det ikke forelå noen reell fare for at pasienten plutselig skulle få lungekollaps. Dessuten var dette et høyspesialisert sentralsykehus der kompetansen, hvis noe akutt skulle oppstå, ikke var langt unna. Dette skapte frustrasjon og irritasjon. Selv uttrykte jeg at det var en uetisk avgjørelse av ortopedene. Det var enighet om den urettferdighet som lå i dette. Pasienten trengte betydelige pleieressurser i form av både fysisk pleie og hjelp til å bearbeide den traumatiske omveltningen i livet hennes, noe som tilsier at det krevdes mer ressurser enn man kunne utløse ved diagnose. Det var altså pasienten og ikke diagnosen som ikke var kostnadseffektiv, i og med at hun hadde reelle behov som ikke ble fanget opp av kodene, og at dette var behov man likevel langt på vei mente man burde søke å fylle. Ingen av helsearbeiderne uttrykte at overføringen fra ortopedene var en konsekvens av systemet. Det uetiske var at ortopedene ikke handlet rettferdig på systemets premisser. De hadde vært for kreative og påført vår avdeling denne urettferdigheten. Dette var også min holdning i den konteksten. Pasienten ble hos oss i to døgn før vi fikk overført henne tilbake til ortopedisk avdeling. Det var stor irritasjon over å måtte prioritere en ”ikke kostnadseffektiv” pasient, som ikke ble ansett som ”vår”. Pasienten fikk den beste pleien vi klarte å tilby, så det gikk ikke direkte utover pasienten på dette tidspunktet. I papirene fant vi ut at det var sendt meldingsblankett til kommunen samme dag pasienten ble overført til oss. Det vil i praksis si at det allerede var bestemt at hun skulle på sykehjem, altså samme dag som det ble vurdert at pasienten trengte kontinuerlig overvåkning på en spesialavdeling. Dette støttet vårt syn på de uetiske ortopedene som ikke prioriterte å gi pasienten en mulighet til rehabilitering, hvis ikke kommunen hadde et tilbud om dette. Vi var lettet da vi fikk sendt henne tilbake.

Dette er etter min mening en typisk historie og ikke engang så veldig graverende. Men poenget her var at selv om det var fokus på rettferdighet og pasientens behov, så var det ingen som skar igjennom og laget et opplegg for pasienten. Urettferdigheten var rettet mot oss og pasienten. Vi valgte å rette opp urettferdigheten mot oss med å sende pasienten tilbake. Man kan tenke seg at hvis nærhetsetikken skulle mobilisere en motmakt her, så ville vi sagt at hvis ikke de prioriterer det beste for pasienten, så får vi gjøre det, selv om vi skulle tape penger på det. I min bevissthet lå det en aksept av at alle avdelinger må ta sin tårn når man er så uheldig å få pasienter som er lite

kostnadseffektive. I ettertid så lurer jeg på om det egentlig er mulig å tenke annerledes der og da, da det er viktig å huske på at man er underlagt et system der intensjonen er at det ikke skal brukes ressurser på skjønnsmessige vurderinger, siden prioriteringene allerede er gjort i utformingen av DRG-kodene. Pasientens behov kan slik det skisseres i innstillingen best bestemmes a priori, altså før pasientens behov oppstår. Når Hagenutvalget påpeker den økte bevisstheten rundt hva som lønner seg økonomisk virker det som om de også argumenterer for at det i praksis vil være samsvar mellom pasientens behov og de økonomiske incentiver. Jeg har her skissert et eksempel på at den sosiale virkelighet på et sykehus kan fortone seg noe mer komplekst.

6.1.3 De private aktørene

Hagenutvalget skisserer punkter som de privatpraktiserende spesialistene vektlegger:

”Organisering og produksjon innenfor private sykehus er langt mer effektiv og strømlinjeformet enn i offentlige sykehus. Det er derfor betydelig kostnadsbesparelser for staten hvis det legges til rette for større innslag av privat spesialisthelsetjeneste. For pasientene er det tilsvarende potensial for reduserte ventetider. Staten bør i størst mulig grad legge samme vilkår til grunn for finansieringen av private som offentlige tjenester. Flertallet av private tjenesteytere ser seg samtidig best tjent med at finansieringsstrømmene fra staten går direkte til den enkelte tjenesteyter, slik situasjonen i dag er med hensyn til takstsystemet for private avtalespesialister. Antall private sykehus i Norge er svært lite og sengekapasiteten er begrenset. Private sykehus har oppnådd gevinster gjennom effektiv organisering og produksjon. Dersom denne gevinsten skal utnyttes, må det offentlige godkjenne flere private sykehus og tillate flere senger” (NOU:1 2003:57-58.)

Under følger noen av utvalgets vurderinger i forhold til private aktører:

1. Valgfrihet innebærer realisering av pasientenes lovfestede rett til å velge mellom alternative tilbydere, herunder også private.
2. Kostnadseffektivitet(...) Konkurransen som de private aktører gir vil kunne bidra til økt kostnadseffektivitet, både hos private og offentlige aktører.

3. *Prioriteringseffektivitet innebærer både at helsetjenestene ytes i et omfang som er samfunnsmessig ønskelig, det vil si at nytten for samfunnet vurderes som høyere enn kostnadene. Dette kriteriet er et viktig premiss i forhold til for at utvalget foreslår å legge til rette for at regionale foretak skal få større styring med hvilke tjenester og på hvilke områder de velger å bruke private.*
4. *Forutsigbarhet som innebærer at økonomiske virkemidler som for eksempel priser og aktivitetskrav ikke endres underveis i budsjettåret. Utvalget legger til grunn at det må inngås gjensidig forpliktende avtaler mellom de private aktørene og regionale helseforetak som kan redusere usikkerhet (NOU 2003:1:150).*

Utvalgets forslag sammenfaller i stor grad med de private aktørenes synspunkter i forhold til valgfrihet som skal nedfelles gjennom pasientrettigheter og en forestilling om den ”kompetente” pasienten. Konkurransen skal fremme kostnadseffektivitet og forutsigbarhet gjennom like konkurransevilkår. Det er derimot ett element som Hagenutvalget og de private aktørene skiller seg på, og det er prioriteringseffektivitet. Utvalget ønsker å gi de regionale foretakene større kontroll på bruken av private sykehus gjennom å kontrollere de privatpraktiserende legenes henvisningspraksis. Dette mener Hagenutvalget best kan kontrolleres ved hjelp av at refusjoner til den enkelte lege kanaliseres gjennom det offentlige foretaket. Her er det to prinsipper som står mot hverandre. Hvis de regionale foretakene skal legge føringer på den enkelte leges henvisningspraksis vil det kunne svekke prinsippet om fritt sykehusvalg. Hvis den enkelte lege fritt kan henvise, vil det kunne føre til at foretaket får mindre daglig produksjon og i større grad blir stående som akuttberedskap, noe som vil svekke inntjeningen og øke utgiftene da det er de regionale foretakene som får regningen fra de private aktører.

I stortingsmelding 5 (2003) har man vurdert dette og kommet frem til følgende:

1. *Regionale helseforetak skal stimuleres til mer aktivt og styrt bruk av private avtalespesialister og psykologer for å ivareta sitt sørge for-ansvar.*

Trygderefusjonene skal fortsatt utbetales direkte til den enkelte legespesialist og psykolog (kapittel 4).

2. *Private laboratorie- og røntgenvirksomheter som har avtale med RHF, vil få innvilget trygderefusjon. Trygderefusjonene skal fortsatt utbetales direkte til den enkelte utøvende private virksomhet (kapittel 5).*
 3. *Prosjektet for å lage felles kodeverk for poliklinisk og inneliggende behandling vil gjøre det mulig å sammenlikne virksomheten som skjer hos private spesialister, offentlige poliklinikker og inneliggende behandling (kapittel 2).*
- (Stortingsmelding 5, 2003)

De regionale foretakene skal stimuleres til både aktivt og styrt bruk av private avtalespesialister. Derfor blir ikke refusjonene kanalisert gjennom de offentlige foretakene. Det kommer frem at aktivitetsbaserte refusjoner til privatpraktiserende i hovedsak skal betales direkte til det tjenesteutøvende nivå. Det blir også understreket at det må lages kodeverk som gjør det lettere å sammenligne aktiviteten mellom private og offentlige tilbydere. Sammenhengen mellom pasientrettighetene, refusjoner og henvisningsvei understrekes når det i stortingsmeldingen refereres til pasientrettighetene:

”I Ot.prp. nr. 63 (2002-2003) om pasientrettighetsloven foreslår departementet også at private sykehus skal omfattes av fritt sykehusvalg. Det vil legge til rette for mer likeverdig behandling av offentlige og private tjenesteytere”
(stortingsmelding 5/2003: 25).

Hvis de offentlige foretakene skulle bestemme den enkelte leges henvisningspraksis vil ikke pasienten fritt kunne velge privat sykehus hvis det offentlige foretaket har kapasitet. Da ville det bli et konkurransefortrinn til de offentlige aktørene. Denne diskusjonen utdypes og diskuteres videre i kapittelet der Legeforeningens høringsuttalelse gjennomgås.

6.1.4 Er de private sykehusene mer effektive enn de offentlige, og eventuelt hvorfor?

Private sykehus er små spesialiserte enheter. De kan ha et operasjonsteam som opererer på samleband, for eksempel kneproteser eller enklere bløtdelskirurgi som operasjoner av

grå stær (øyesykdom). Private kirurgiske enheter spesialiserte seg på inngrep som lett lar seg omgjøre til tellbare produksjonsenheter. Store og omfattende operasjoner av pasienter med mer komplekse lidelser blir derimot som regel foretatt på offentlig sykehus. Ved at de private sykehusene er tilgjengelig for en spesiell prosedyre blir det også en seleksjon av hvilke pasienter som havner der, og tendensen kan fort være at de "friskeste" automatisk styres inn i slike enheter. Et annet element som har vært mye oppe i den offentlige debatten er akuttberedskap. Mens den offentlige spesialisthelsetjenesten må ha beredskap for å ta unna øyeblikkelig hjelp, har ikke den private helsetjenesten samme krav om å bruke ressurser på annet enn planlagt produksjon. Det å gi den offentlige spesialisthelsetjenesten like konkurransevilkår som private enheter kan således ligne en logikk om at brannvesenet kun fikk lønn etter hvor mange branner de evnet å slukke. Nå blir riktignok de offentlige sykehusene fremdeles finansiert med 40 % ramme, nettopp for å ivareta behovet for blant annet syketransport og akuttberedskap. Det kan være slik at det er samfunnsøkonomisk gunstig å ha private, spesialiserte enheter som kan ta unna listepasienter (planlagt produksjon). Problemet oppstår når finansieringssystemet ikke tar høyde for de kontekstuelle komponentene som utgjør helheten. Det er viktig å huske at når de private tjenestetilbydere kan dokumentere en mer effektiv produksjon betyr ikke det at de er i beredskap ved trafikkulykker eller akutte hjerteinfarkt. Dette er også Hagenutvalget inne på når de nevner at en årsak til bedre effektivitet i private sykehus kan være at de har en annen pasientsammensetting.

6.1.5 DRG-koder som effektivitetsmål

I forhold til DRG uttrykker Hagenutvalget seg slik:

"Utvalget mener at erfaringene med bruk av DRG i hovedsak er gode og anbefaler at DRG-systemet med tilhørende kostnadsvektorer fortsatt benyttes som pasientklassifiserings- og prissystem for somatisk behandling. ISF har bidratt til økt aktivitet, økt teknisk effektivitet og har så langt ikke gitt dokumenterte endringer i kvalitet" (NOU:1 s253).

Økonomen Roar Eilertsen kommenterer at den økte effektiviteten først og fremst kommer av at det har blitt ryddet opp i kølister. Mange pasienter hadde fått behandling, men var

ikke fjernet fra listene. Det var også mange som stod på flere lister samtidig. (Eilertsen 2003)

Den økte effektiviteten tilskrives et opprydningsarbeid i pasientlistene, og ikke reformen i seg selv. Incentivene i reformen legitimeres med logikken om at det blir mer helse for hver krone, og at man dermed vil kunne produsere flere og bedre helsetjenester. I følge Eilertsen har antall sykehusopphold i Norge steget med 4,9 % i 2002 sammenlignet med i 2001. Når det blir korrigert for innleggelser ved private sykehus synker tallet til 2,5-3 %. Aktiviteten ved offentlige sykehus har altså økt det første året etter reformen. Når vi ser på utgiftene for samme periode har de økt med 8 % ved somatiske sykehus. Da er det ikke tatt med innleggelser ved private sykehus, der aktiviteten er doblet som følge av at det offentlige har leid kapasitet. (Eilertsen2003)

I følge Eilertsen så kan det virke som om den lille økningen i aktivitet kan tilskrives en vesentlig økning i kapasitet og da spesielt i privat sektor. Dette kan komme av at incentivene virker og at ressursene vris til de sektorene der produksjonen gir mest avkastning, eller det kan være et direkte utslag av ”kreativ” koding. At innsatsstyrt finansiering ikke har gitt dokumenterte endringer i kvalitet behøver ikke å bety at kvaliteten på helsetjenester ikke har blitt svekket for enkelte grupper. At kvaliteten er svekket for enkelte grupper, mens andre grupper har fått tilgang til raskere og mer effektiv behandling, er nok også en effekt det er rimelig å anta.

6.1.6 Hagenutvalgets anbefalinger

Utvalgets tilrådinger, basert på foretaksmodellen fra 2002, blir oppsummert i 10 punkter:

1. *Høy faglig standard på pasientbehandlingen, som innebærer tidsmessige metoder og høy kvalitet både i diagnostikk, behandling, omsorg og andre tjenester.*
2. *God tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester, som innebærer tilfredsstillende akuttberedskap og forsvarlige ventetider til planlagt (elektiv) behandling.*
3. *Likhet, som innebærer at det skal være likeverdig behandlingstilbud for en bestemt tilstand, uavhengig av kjønn, alder, bosted, sosial status og betalingsevne.*

4. *Valgfrihet, som innebærer realisering av pasientens lovfestede rett til å velge mellom alternative tilbydere, også private.*
5. *Høy faglig standard på klinisk forskning, utdanning og kunnskapsformidling, som innebærer at medisinsk og pleiefaglig forskning og utdanning holder internasjonalt nivå, og at helsepersonellet til enhver tid er faglig oppdatert.*
6. *Kostnadskontroll, som innebærer samsvar mellom planlagte og realiserte kostnader.*
7. *Kostnadseffektivitet, som innebærer at det ikke sløses og at innsatsfaktorene i behandlingsskjeden verdsettes og benyttes i henhold til sin samfunnsøkonomiske verdi.*
8. *Prioriteringseffektivitet, som innebærer både at helsetjenestene ytes i et omfang som er samfunnsmessig ønskelig, det vil si at nytten for samfunnet vurderes som høyere enn kostnadene, og at sammensetningen av tjenestene avspeiler helse politiske målsetninger innenfor tildelte økonomiske rammer.*
9. *Forutsigbarhet, som innebærer at økonomiske virkemidler som for eksempel priser og aktivitetskrav ikke endres underveis i budsjettåret.*
10. *Enkelhet og gjennomsiktighet, som innebærer at finansieringssystemet er forståelig og legger til rette for utvetydig ansvars plassering. (NOU 2003:1, kapittel 21:258)*

Disse punktene kan grovt deles inn i tre. Punktene 2-4 virker som om de er bygget på tidligere nevnte ”health care consumerism” eller troen på den ”kompetente pasienten”. Punkt 1 og 5 kan knyttes opp mot evidensbasert praksis som standardiseringspress på det kliniske systemet. Punkt 6-10 sammenfaller med de syv punktene Hood bruker for å gi en oversikt over hovedelementene i New public management, slik jeg gjennomgikk det i bakgrunnskapittelet.

Her kommer vi til kjernen i denne oppgaven, som ser på stykkprisfinansierings logikk og eventuelle effekter. Det er interessant å merke seg at Hagenutvalgets tilrådinger er ganske diffuse målsetninger. Pasienten har den juridiske retten til å være ”kunde” og dermed kunne sørge for individuelt tilpassede tjenester, samtidig som behandlingen skal være basert på likhet og i tråd med standardiserte prosedyrer. Blir det individuell, men standardisert pasientmedvirkning? Pasienten er her et unikt subjekt som har lovfestet rett til å påvirke sin egen behandling, og som har krav på den høyeste faglige standarden i internasjonal målestokk. Behandlingen skal altså være den beste, men billigste. Pasienten har en lovfestet rett til å velge mellom tjeneste tilbydere, også private. Pasienten kan

foreta en rasjonell kalkyle over hvilken tjeneste hun ønsker eller anser som best, basert på den informasjon hun har tilgjengelig.

6.1.7 Stykkprisfinansiering innføres i psykiatrien

I kapittel 10 i utvalgets innstilling blir det tatt for seg finansiering av psykiatrisk behandling i helseforetakene. Psykisk helsevern ble i 2002 hovedsakelig finansiert gjennom rammetilskudd, noe som utgjorde om lag 29 milliarder kroner. Utvalget skiller mellom de ulike feltene innad i psykiatrien og behandler dem separat. Dette gjelder psykiatriske sykehusavdelinger, distriktpsykiatriske sentre og privatpraktiserende psykiatere og spesialister i klinisk psykologi med driftsavtale. I avslutningen av kapittelet blir det foreslått finansieringsalternativer som skal ta sikte på koordinering og effektivisering av disse felter gjennom ulik bruk av innsatsstyrt finansiering (ISF) gjennom diagnoserelaterte grupper (DRG).

”Gjennomgangen har vist at stort sett alt psykisk helsevern i dag rammefinansieres. Utvalget vil peke på at i en situasjon med samtidig omfattende stykkprisfinansiering av somatiske helsetjenester, stiller store krav til målstyring, oppfølging og kontroll for å sikre at helseforetak vrir ressursbruken fra psykiatri og til somatikk(...). Som et supplement kan regionale helseforetak i større grad velge å aktivitetsfinansiere psykiatriske helsetjenester for derigjennom å gi helseforetakene insitament til å opprettholde ressursbruken innen psykiatri(...) Utvalget stiller seg positiv til at det i Norge arbeides med å utvikle et pasientklassifiseringssystem som kan gi grunnlag for et aktivitetsbasert finansieringssystem for psykisk helsevern i Norge. (NOU 2003:1 kap 10:114-119).

Her legitimeres en utvikling av stykkprisfinansiering innen psykiatrien med at ressursene ellers vil tenkes å kunne vris fra psykiatri og til somatikk. Det ble vedtatt politisk at det skal arbeides for at ISF skal utvides til også å gjelde psykiske lidelser. Logikken bak dette er hovedsakelig bygget på en bekymring for at psykiatriens målsettinger ikke skal oppnås ettersom psykiatrien mangler incitament til produksjon.

En forskningsrapport fra Sintef, som på oppdrag fra HOD skulle utrede utviklingen i helseregionene etter foretaksreformen i 2002, uttrykker det slik:

”Det avdekkes ikke lekkasjer i bruken av de øremerkede tilskuddene i regionene; egenfinansieringen i regionene er ikke blitt redusert i perioden sett under ett. Selv om utviklingen i regionene er noe ulik, er prioriteringen av det psykiske helsevern i forhold til somatiske spesialisthelsetjenester i stor grad uendret etter sykehusreformen”(Sintef 2005 Kaldseth red: 26).

Bekymringen til Hagenutvalget om en vridningseffekt kan dermed i følge denne rapporten synes relativt ubegrunnet. Likevel er det nå satt i gang utarbeidelse av DRG-koder for psykiatrien. Ved program for helseøkonomi i Bergen ble det i januar 2004 igangsatt innhenting av data for å lage et slikt system, et arbeid som skal være ferdig i desember 2005. I prosjektskissen står det:

”Stortinget har bestemt at det skal utvikles innsatsstyrt finansiering for psykiatriske sengeposter (St.meld. nr. 5 2003-4). Forslaget begrunnes ut fra troen på at dette vil gi flere pasienter, raskere tilgang til behandling samt bedre utnyttelse av ressursene. Formålet med dette prosjektet er i) å belyse hvilke spesielle hensyn og utfordringer man står overfor når ISF skal innføres for disse helsetjenestene, samt ii) å kartlegge hva vi kan lære av det som er gjort på området i andre land”(Bookmark og nedlastningsdato i referanseliste).

Det er vanskelig å ta stilling til om en vridning fra psykiatrien til somatikken eksisterer, men slik ISF fungerer nå vil de regionale foretakene spare vesentlig mer ved å gjøre nedskjæringer innenfor psykiatrien enn i somatikken. Det er nemlig slik at somatikken får 60% aktivitetstilskudd. Dette gjør at om man kutter 10 millioner i psykiatrien, må man kutte 16 millioner i somatikken for å få den samme uttellingen ettersom man i somatikken må ta høyde for inntektstap.

På systemets premisser er det derfor en logisk utvikling å inkludere psykiatrien i finansieringssystemet. Jeg har prøvd å vise at systemets incentiver kan ha negative effekter for de dårligst stilte somatiske pasientene. Det jeg med mitt utgangspunkt ønsker å diskutere, er om man kan forvente at finansieringssystemet skal fungere tilstrekkelig i psykiatrien dersom det ikke fungerer etter intensjonen i somatikken? Først vil jeg gå gjennom

Legeforeningens og Sykepleierforbundets høringsuttalelser generelt, før jeg avslutter oppgaven med en diskusjon om hvorvidt psykiatrien er egnet for stykkprisfinansiering.

6.2 Legeforeningens høringsuttalelse

I dette kapittelet drøfter jeg Legeforeningens argumentasjon rundt stykkprisfinansiering med utgangspunkt i foreningens høringsuttalelse som er knyttet opp mot Hagenutvalgets innstilling, og tidligere gjennomgåtte perspektiver. Legeforeningen er en ansvarlig og mektig helseaktør som søker å forene egne profesjonsinteresser og politisk ansvarlighet. Argumentasjonen min vil foregå på flere nivåer. Jeg vil først diskutere Legeforeningens standpunkt til stykkprisfinansieringssystemet generelt. Deretter vil jeg diskutere dette opp mot private aktører og refusjonsordninger for privatpraktiserende spesialister. Den første delen blir dermed en diskusjon på systemnivå. I den andre delen vil jeg trekke diskusjonen ned og diskutere psykiatrien som et delområde. Dette vil jeg knytte opp mot pasientrettigheter, fagetikk og fritt brukervalg for pasienter innen psykiatri.

6.2.1 Hva mener Legeforeningen?

DRG er, som tidligere gjennomgått, vektning av diagnoser som utgjør standarder i form av kategorier som telles. 1 DRG-poeng utgjør pr dags dato 30 714 kroner (Informasjonshefte om innsatsstyrt finansiering 2005). Dette er det jeg i oppgaven har referert til som stykkprisfinansieringssystemet.

”Legeforeningen mener at utvikling av et statlig DRG-system/referanseprissystem er nødvendig både for å kunne sammenligne aktivitet, og for at konkurranse skal skje på mest mulig like vilkår. Dette forutsetter at systemene oppdateres jevnlig, at nødvendig medisinsk faglig ekspertise er involvert i oppdateringen, at systemene er transparente og at foretakene er kjent med endringene i god tid” (DNL 2003:3).

Her fokuseres det på sammenlignbarhet og konkurransevilkår. Legeforeningen argumenterer for at rettferdighet skal oppfylles med en mest mulig presis standardisering

av aktiviteten. De ønsker en disiplinering av den kliniske praksis, basert på standarder som er sammenlignbare mellom de ulike tjenestetilbyderne. De ønsker at systemet skal oppdateres jevnlig, noe som sammenfaller med tanken bak evidensbasert medisin når det gjelder tilgjengelighet til nyeste forskning som rettesnor for medisinsk praksis.

Foreningen påpeker viktigheten av at nødvendig medisinsk faglig kompetanse er representert ved oppdateringen, og at foretakene er kjent med endringer i konkurransevilkår i god tid. Her er argumentasjonen i samsvar med logikken i New public management. Det refereres til systemet som formidler av rettferdighet, basert på fritt brukervalg og like konkurransevilkår.

”Utvalget tar videre til orde for at offentlige og private sykehus må gis like konkurransevilkår. Fast-legene skal kunne henwise pasientene både til offentlige sykehus og private sykehus som har avtale med de regionale helseforetak. Legeforeningen støtter disse forslagene, de er i tråd med vårt syn på at det innenfor en slik organisering av spesialisthelsetjenesten også må være plass til privat organiserte helseinstitusjoner av ulik type. Forslagene vil dessuten medføre en større mulighet for en helhetlig helsetjeneste og bedre ivareta de privatpraktiserende spesialisters plass i systemet” (DNL 2003:4).

Legeforeningen ønsker fri konkurranse ikke bare mellom de offentlige foretakene, men også like vilkår mellom offentlige og private foretak. De ønsker at fastlegene skal styre henvisningsveien også til de private sykehusene, og påpeker viktigheten av at systemet ses på som en helhet som også ivaretar de privatpraktiserende spesialistene. Her ligger det en referanse til pasientrettighetene siden det er nødvendig å gi fastlegene autonomi i forhold til henvisning, hvis lov om fritt sykehusvalg skal oppfylles. Fastlegen utreder om pasienten oppfyller kriterier for videre utredning av spesialist eller behandling, og pasienten velger hvor dette skal skje. Det Legeforeningen her støtter er det som foreslås av utvalget i kapittel 21, der det står:

”Regionale helseforetak bør legge til rette for direkte henvisning fra primærhelsetjenesten til de private sykehusene og spesialister som regionale foretak har avtale med” (NOU 2003:1:259 forslag 13).

Hagenutvalget ønsker å verne om pasientrettighetene, men ønsker kontroll over henvisningsveien på en annen måte:

”I et nytt finansieringssystem er det ikke ønskelig at staten utbetaler takster eller refusjoner utenom regionale helseforetak og direkte til det tjenesteutøvende nivået... Utvalgets mindretall derimot mener at regionale helseforetaks styringsmuligheter er fullt ivaretatt selv om tilleggsfinansiering i form av refusjoner kanaliseres utenfor regionale helseforetak”(NOU:2003:1:168).

Flertallet i Hagenutvalget var bekymret for om fastlegene ville henvise til privatpraktiserende spesialister når det var ledig kapasitet i det offentlige. Det var derfor et ønske om at de offentlige foretakene skulle ha kontroll på henvisningspraksisen, gjennom at refusjonene til den enkelte lege ble kanalisert gjennom foretaket. Legeforeningen svarer til dette:

”Legeforeningen støtter utvalget i at avtaler skal forankres i RHF, og vi er positive til å utvikle finansieringen bort fra betaling for utførte enkelttjenester og over til betaling etter diagnose (DRG), behandlingsprogrammer og behandlingsforløp. Vi mener imidlertid at refusjonene fortsatt bør gå direkte til de privatpraktiserende spesialister. En endring av det finansielle (og dermed rettslige) grunnlaget for privatpraktiserende spesialister gjennom forslagene i denne utredningen anses som forhastet. Først må man se på spesialistenes strukturelle/funksjonelle plass i spesialisthelsetjenesten. Hva er faglig hensiktsmessig? Hvor ligger utviklingsmulighetene? Legeforeningen vil også vise til at trygderefusjoner er tuftet på pasientrettigheter, og innebærer at pengene følger pasientene, selv om systemet nå er videreutviklet med direkteoppgjørsavtaler. En omlegging vil innebære en vesentlig uthuling av pasientenes rettigheter” (DNL 2003:2).

Legeforeningen argumenterer for at en slik kontroll ville føre til en uthuling av pasientens rettigheter. De peker på utviklingsmuligheter og spesialisthelsetjenestens funksjon i systemet. Å underlegge seg en kontroll der legene likevel ikke hadde henvisningsautonomi på pasientens vegne, kunne komme til å ramme lov om fritt sykehusvalg direkte. De privatpraktiserende spesialister ville blitt rammet på den måten at de offentlige foretakene fikk førsteprioritet på produksjonen. Videre skriver Legeforeningen:

”Legeforeningen mener videre at det er nødvendig å videreutvikle pasientklassifiseringssystemene til å omfatte rehabilitering, habilitering og behandlingsforløp og behandlingsprogrammet innen det psykiske helsevern med

sikte på å utvikle aktivitetsbasert finansiering også for disse områdene, selv om vi erkjenner at dette er en stor utfordring og kan bli svært vanskelig” (DNL 2003: 3).

Legeforeningen ønsker en videreutvikling av pasientklassifiseringssystemet til også å omfatte rehabilitering og psykiatri fordi de ønsker en stykkprisfinansiering også på disse delområdene. De erkjenner at dette kan bli vanskelig, men mener at det likevel er mulig. Her argumenterer Legeforeningen for at det er mulig å tilnærme seg en vitenskapelig standardisering for produksjonen innenfor psykiatri, habilitering og rehabilitering. I forrige avsnitt påpekte de viktigheten av at medisinsk kompetanse var til stede ved utformingen av DRG-klassifiseringene. Et poeng her er at de ikke nevner tverrfaglig ekspertise i forhold til faggrupper som i samarbeid med legene utgjør den faglige ekspertisen på disse områdene, det vil si først og fremst psykologer i forhold til psykiatri og fysioterapeuter i forhold til habilitering og rehabilitering. Aktivitetsfinansiering av psykiatri, habilitering og rehabilitering innebærer også fritt brukervalg for pasienter innenfor disse områdene, noe som i praksis vil si at den psykiatriske pasient fritt skal kunne velge mellom ulike tilbydere.

Legeforeningen sier følgende om belønning for ønsket atferd:

”Det er mange områder der man kan fremme samhandling ved å premiere ønsket adferd gjennom et ISF-system f.eks ved å innføre allmennmedisinske praksiskonsulenter i avdelingene, epikrise-utsendelser etter "just in time" prinsippet, elektronisk samhandling etter nasjonale standarder, retningslinjer m.m. Legeforeningen vil anbefale at dette følges opp i en egen, oppfølgende utredning for å opprettholde fokuset på finansieringsordningenes betydning for at tjenestene gis på rett nivå” (DNL 2003:3).

Legeforeningen ønsker at samarbeid skal premieres. Den ønskede samarbeidsatferden kan oppnås ved at det gjøres økonomisk lønnsomt for den enkelte å samarbeide. De ønsker allmennmedisinske konsulenter med ansvar for å koordinere dette samarbeidet. De ønsker også elektronisk samhandling, noe som i praksis innebærer at journalopplysninger blir tilgjengelig på tvers av praksiser og avdelinger.

Legeforeningen presiserer troen på stykkprisfinansieringssystemet:

”Helt siden 1988 har Legeforeningen i prinsippet støttet innføringen av et ISF-system fordi man har ønsket et finansieringssystem der det skal lønne seg å behandle pasienter. Selv om ISF-systemet har hatt en rekke barnesykdommer som Legeforeningen ved flere anledninger har poengtert at må utbedres, rokker ikke dette ved ønsket om ISF som styrende finansieringsmodell i sektoren” (DNL 2003: 2).

Her påpeker Legeforeningen hvor viktig det er at det skal lønne seg å behandle pasienter. De mener at legens motivasjon til å hjelpe pasienten best kan mobiliseres ved hjelp av penger etter en kost/nytte kalkyle.

6.2.2 Analyse

Her analyseres Legeforeningens høringsuttalelse og knyttes til oppgavens problemstilling.

6.2.3 Fagetikk, en egenskap ved systemet?

I høringsuttalelsen nevner ikke Legeforeningen fagetikk spesifikt. Det er likevel referanser til rettferdighet, men da som en systemegenskap. Det påpekes at systemet har hatt en rekke barnesykdommer, men at dette er mulig å ordne opp i gjennom en tilpasning av systemets komponenter. Legeforeningen er enig med Hagenutvalget i at det må lønne seg økonomisk å behandle sykdom. Rettferdigheten skal sikres ved at legen handler økonomisk nyttemaksimerende, og at systemet belønner den mest rettferdige handling med mest penger. Legeforeningen mener altså at penger er den beste måten å motivere legen til rettferdig handling. I høringsuttalelsen uttrykkes det bekymring for pasientrettighetene dersom fastlegenes henvisningspraksis skal underlegges kontroll fra de regionale foretakene.

Legeforeningen argumenterer både i henhold til strategiske preferanser for profesjonen og i forhold til pasientens rettigheter. Det nevnes ikke lønn i høringsuttalelsen, men det ligger i argumentasjonen at penger kreves for at den enkelte lege skal være motivert til å foreta de riktige valgene. Det er et sentralt poeng i forhold til fagetikken når DNL frykter en uthuling av pasientrettighetene hvis henvisningspraksisen underlegges offentlig kontroll. Harris`

forskning viste at det fremdeles er legene som tar de fleste avgjørelser for pasienten (Harris 2004:59). At foretakene som har budsjettansvar fikk kontroll på henvisningsveien innebærer mer en kontroll av den enkelte leges henvisningsautonomi, enn en reell svekkelse av pasientens mulighet til å få behandling. Konsekvensen for pasienten ville hovedsakelig vært at det ikke var mulig å velge et privat alternativ om det var ledig kapasitet i det offentlige innenfor tidsfrister nedfelt i ventelistegarantien (Lov om pasientrettigheter 1999). Det ligger i pasientrettighetenes logikk at legen skal ha en konsulentrolle overfor pasienten. Legen skal sørge for at pasienten er i stand til å ta et optimalt valg mellom mulige behandlere. Dette er noe Legeforeningen også er inne på når de argumenterer for å ha en allmennmedisinsk konsulent i avdelingene, med ansvar for å koordinere samarbeid med flere nivåer. De nevner ikke her pasienten, men at behandlingen skjer på det rette nivået, noe jeg tolker dit hen at de også her implisitt viser til pasientrettighetene. Pasienten blir for øvrig ikke nevnt spesifikt i høringsuttalelsen, men kun referert til i forhold til rettigheter. Selv om argumentasjonen om å verne om pasientrettighetene er å tråd med disse rettighetenes logikk, så viser Harris` forskning at det reelle valget mellom tilbydere oftest ligger hos legen. Argumentasjonens begrunnelse synes dermed svak i forhold til den mest logiske slutningen, at Legeforeningen også fryktet at den enkelte lege fikk mindre innflytelse på bruken av private sykehus.

I Legeforeningens høringsuttalelse kommer det frem at det ønskes markedsmekanismer for å oppnå en effektivisering. Et slikt indre marked, hvis man følger Gudmund Hernes' logikk, går ut på at aktørene i markedet kontrollerer forskjellige ressurser. Den autoritative tilgangen til disse ressursene er fordelt slik at det blir en maktbalanse, gjennom prinsippet om at alle aktørene trenger tilgang til ressurser som er underlagt en annen instans sin kontroll. Som tidligere nevnt er tanken at effektiviteten sikres gjennom en spillsituasjon basert på markedsmekanismer som balanserer makten slik Hernes skisserer (Hernes 1975).

Slik jeg har forstått systemet er pasientrettighetene en av disse markedsbaserte kontrollmekanismene. Pasienten kan sikre seg den beste behandlingen ved at man har autoritativ tilgang til å diktere legens valg av videre behandler. Dette er det Legeforeningen støtter, og frykter vil bli uthult om henvisningspraksisen underlegges foretakets kontroll. En slik kontroll vil kunne svekke de private aktørenes plass i

systemet. Når det i høringsuttalelsen påpekes at det er viktig at de private aktørene gis like konkurransevilkår sammenfaller dette også med retorikken i forhold til pasientrettighetene. Det er imidlertid lite trolig at en pasient dikterer sin lege om hvor han eller hun vil bli behandlet, med mindre legen og pasienten har sterkt avvikende interesser. Det kan derfor være tvil om pasientrettighetene oppfyller den kontrollfunksjonen de ifølge Legeforeningen er tenkt å ha. Legenes henvisningspraksis kan dermed føre til at det er de offentlige foretakene som ikke gis like konkurransevilkår. Et annet poeng Legeforeningen ikke nevner, er at det ville gått med mye ressurser på å kontrollere legenes henvisningspraksis, og at det vil kunne være vanskelig å håndheve en slik kontroll. Legene kunne ha kommet til å bruke ytterligere ressurser på å legitimere at de har handlet riktig overfor systemet. Å opprette nye kontrollfunksjoner på systemets premisser for å demme opp for systemets utilsiktede konsekvenser kan føre til at systemet drar ytterligere oppmerksomhet bort fra pasienten.

Legeforeningen argumenterer fagetisk på to måter. Den ene er pasientens rett til å velge, gjennom like konkurransevilkår og forbrukermakt. Den andre måten er i forhold til utformingen av DRG-koder, der den beste handling for pasienten også skal være den mest lønnsomme for den enkelte institusjon eller lege.

6.2.4 Argumenterer Legeforeningen for mer medikalisering?

I Legeforeningens argumentasjon vises det til at gjennom stykkprisfinansieringssystemet så kan samfunnet og profesjonen få sammenfallende interesser. Hvis de beste handlingsvalgene gjøres økonomisk lønnsomme for legen, vil dette føre til de medisinske riktige og mest kostnadseffektive handlingene for samfunnet. Det kan diskuteres om det også ligger en annen logikk her, og da mener jeg en effekt som gjør seg gjeldende som en utilsiktet konsekvens. I henhold til ”verstefallsteorien” til Scheff (1966) kan man tenke seg at den motivasjonen man ønsker at systemet skal formidle også kan ha andre konsekvenser (s. 36). Hvis Legeforeningen mener at økonomisk utbytte er den mest essensielle motivasjonsfaktoren for legenes kliniske virke, så vil også dette kunne utspille seg som en utvidelse av sykdomsforståelsen. Det er ofte ganske diffuse grenser mellom

hva som defineres som friskt og hva som defineres som sykt. Sosiologen Jon Ivar Elstad (2003) viser til en undersøkelse foretatt av SSB i 1995 som viste at 2/3 av den voksne befolkningen og halvparten av de mellom 16 og 40 år oppga å være rammet av varig sykdom. I samme undersøkelse oppgir 80 % at helsetilstanden er god eller meget god. Elstad påpeker at befolkningen blir både friskere og sykere på samme tid. Aldri har forventet levealder vært høyere, og samtidig har aldri så mange definert seg selv som syke. Årsaksforholdet bak dette er selvsagt komplekst, men det synes nærliggende å tro at ”sykeliggjøring” av den ”friske” delen av befolkningen kan være en forklaring. Dette vil også kunne tenkes å akselerere som følge av nettopp markedslogikken bak stykkprisfinansiering. Hvis legen motiveres av å finne flest mulige kategorier som utløser refusjoner kan man vel også tenke seg at dette vil kunne utvide det medisinske gyldighetsområdet ytterligere. Det er ikke dermed sagt at folk blir sykere, eller at disse diagnosene fra et medisinsk ståsted er feil. Det vil imidlertid kunne være en tendens til at det blir mest lønnsomt å behandle de som krever minst innsats og utløser mest penger, noe som i realiteten vil si at det lønner seg å bruke tid på de ”friskeste”. Dette er noe man i realiteten dessverre vanskelig kan forsikre seg mot at skal skje. Hvis man søker å demme opp for denne tendensen, vil det også her kunne være en hårfin balanse mellom fare for medikalisering og fare for eksklusjon av en legitim rett til knappe helsegoder. Det som er essensielt i relasjonen mellom Legeforeningens argumentasjon og begrepet medikalisering blir i hovedsak at Legeforeningen argumenterer for at det må gjøres lønnsomt å behandle sykdom, og dermed blir det nødvendigvis også lønnsomt å finne sykdom. Det er på ingen måte grunnlag for å tro at dette er noen bevisst strategi fra Legeforeningens side, men det kan spekuleres i hvorvidt konsekvensen av en tro på systemets mobilisering av motivasjon i form av penger også har elementer som kan virke i medikaliserende retning. En slik eventuell konsekvens kan manifestere seg som utilsiktet. Med det mener jeg at den enkelte leges intensjoner kan være både altruistiske og preget av et reelt ønske om å hjelpe. Det er likevel en fare for at oppmerksomheten rettet mot betaling per diagnose nesten umerkelig kan manifestere seg som endring av praksis. Et eksempel kan være en god intensjon om å hjelpe et menneske med et problem. Da må den tiden legen bruker på å kartlegge om det dreier seg om et problem som kan løses medisinsk, verifiseres og godkjennes av et system etter systemets standarder,

standarder som altså utgår fra de medisinske diagnoser. Slik får verstefallsteorien til Scheff en ny mening, da det på systemets premisser kan dreie seg om å legitimere tidsbruk med å definere pasienten som syk på et tynnere grunnlag enn dersom ikke finansieringssystemet var direkte knyttet til medisinsk diagnose. En slik logikk vil kunne gjøre det vanskeligere å definere pasienten som frisk dersom det var investert vesentlig tid på utredningen.

6.2.5 De ansvarligjorte systemene som tillitsreparasjon

Legeforeningen argumenterer i henhold til to systemer som begge bygger på det Harald Grimen refererer til som "performance accountability" (s. 66). Evidensbasering er en form for kvalitetssikring av legens praksis gjennom profesjonseksterne mekanismer. Det andre systemet er innsatsstyrt finansiering som i tillegg bygger på economic accountability. Begge disse systemene søker en kvalitetssikring av praksis på feltet, og Legeforeningen støtter disse systemene ut fra den samme retorikken som Hagenutvalget. Ved å ansvarliggjøre systemene og disiplinere aktørene kan ressursene styres dit det er politisk ønsket. Tanken er at man slik oppnår høyere faglig kvalitet og en rettferdig fordeling av knappe helsegoder. Legeforeningen argumenterer gjennomgående for hvor viktig det er at disse to systemene virker sammen, slik at rettferdigheten og lønnsomheten kan nedfelle seg i praksis.

Begge disse systemene blir da ansvarliggjort for praksisen, mens utøveren ansvarliggjøres overfor systemet. Så lenge systemkriteriene om rett praksis er fulgt vil ikke den enkelte lege kunne gjøres ansvarlig overfor pasienten i samme grad. Tillitsreparasjonen ligger i at systemene skal tilnærme seg en ufeilbarlighet slik at det upresise subjektive skjønnnet ikke får plass til bryte prinsippet om likhet og rettferdighet. Legeforeningen argumenterer på denne måten for mindre autonomi til den enkelte lege. Samtidig ligger det i systemets logikk at hvis mistillit oppstår, så er det systemet og ikke profesjonen som må gjenopprette denne. Når Grimen snakker om evidensbasering som tillitsreparasjon i forhold til å bedre det medisinskfaglige skjønnnet, gjennom å begrense den enkelte leges fagautonomi, er det basert på en tanke om tillitsforvitring i relasjonen

mellom lege og pasient. Når disse to systemene virker sammen, så følger de begge den samme logikken. Stykkprisfinansieringssystemet er også en måte å flytte ansvaret fra legen og til systemet. Pasienten får gjennom pasientrettighetene delegert mer ansvar i systemet, og kostnadsvektingen av DRG-kodene blir ansvarliggjort i forhold til om de er konstruert på en slik måte at det mest rettferdige også blir belønnet som det mest kostnadseffektive. Det kan derfor virke som om Legeforeningen argumenterer i henhold til det motsatte av det Grimen (2004) refererer til i forhold til fagetikk (s. 64). Grimen er opptatt av at fagetikken må nedfelles i det samfunnsoppdraget profesjonssammenslutningen har fått, mens Legeforeningen argumenterer i henhold til en logikk om at fagetikken må implementeres i systemet. Samfunnsoppdraget må gjenspeiles i det evidensbaserte systemet som den beste medisinske praksis, og i stykkprissystemet som den mest kostnadseffektive og rettferdige praksis. Derfor kan det virke som om Legeforeningen argumenterer for at den enkelte lege ikke er ansvarlig for fag eller etikk, men kun økonomi basert på evidens kategorier, fordi fagetikken ligger i at de økonomiske incentivene har en innarbeidet mekanisme til å fordele rettferdig og medisinsk og samfunnsøkonomisk forsvarlig. Selv om det ikke er noen grunn til å tro at det er dette som er intensjonen, kan det spekuleres i om Legeforeningen argumenterer for en tillitsreparasjon som egentlig er en fraskrivelse av det individuelle ansvaret en lege har overfor pasienten. Systemene som er ansvarliggjorte blir da avhengig av at den individuelle legen handler økonomisk rasjonelt overfor systemene, men det er systemet som har det reelle ansvar for at det er samsvar mellom de økonomiske incentivene og pasientens behov.

6.2.6 Fritt brukervalg for psykiatriske pasienter

Det har i tråd med Hagenutvalgets innstilling og DNLs anbefaling blitt bestemt at stykkprisfinansieringssystemet skal innføres i psykiatrien (Stortingsmelding 5, 2003). DNL skriver at det er viktig å utvikle pasientklassifiseringer i psykiatrien for å kunne aktivitetsbasere også denne delen av helsevesenet. Dette innebærer at pasientrettighetene skal sikre den psykisk syke retten til å velge mellom ulike tilbydere av adekvat psykiatrisk behandling, slik som allerede er tilfelle innen somatikken.

Spørsmålet er om Legeforeningen virkelig har tro på at den psykisk syke har ressurser til å være en reell kontrollinstans i forhold til egen behandling? Et ønske om denne effekten kan nemlig sies å ligge implisitt når de argumenterer for å innføre de samme systemene i psykiatrien som er i somatikken. DNL argumenterer for at den mest rettferdige handlingen overfor en psykiatrisk pasient nedfeller seg ved at den psykisk syke blir middel for økonomiske mål. Den psykisk syke blir ansvarliggjort gjennom pasientrettighetene og kan derfor forsikre seg om at han eller hun får den beste tilgjengelige behandlingen.

De problematiske aspektene her er mange. Er det mulig å klassifisere følelser presist i et medisinsk paradigme? Kan man forvente at for eksempel en psykotisk pasient er i stand til å ivareta sine rettigheter? Vil standardisering og kvantifisering av følelser kunne føre til en ytterligere farmakolosering av psykiatrien? Og vil en slik effektivisering føre til at de mest ressurskrevende kronikerne blir skviset når de av systemet ikke defineres som like kostnadseffektive som de som regnes som moderat ”syke”? Dette diskuteres senere i oppgaven.

6.3 Hva mener Sykepleierforbundet?

I høringsrunden rundt foretaksreformen av 2002, som det refereres til i bakgrunnskapittelet, foreslo Sykepleierforbundet en modernisering av den eksisterende forvaltningsmodellen fremfor en foretaksmodell. De var bekymret for at de regionale foretakene skulle skilles ut fra forvaltningen og operere som selvstendige rettssubjekter, og de ønsket derfor at sykehusene fortsatt burde forvaltes av demokratisk valgte organer. De advarte også mot faren for privatisering og problemet rundt bestillerrollen. I forhold til finansieringssystemet ønsket de en bredere utredning, noe som ble fulgt opp med Hagenutvalgets utredning. Under følger en gjennomgang av NSF's hørings svar i forhold til denne utredningen.

Sykepleierforbundet formulerer seg slik i forhold til sykepleieoppgaver som ikke er med i betraktningen i forhold til de DRG-koder som gjelder:

”Utvalget problematiserer en del mulige uønskede vridningseffekter ved gjeldende ISF-ordning og trekker fram faren for at kvalitet nedtones i stykkprisordninger. Det er vanskelig å finne klare indikasjoner på slike effekter. Utvalgets kriterier for god behandling er høy faglig standard. Det inkluderer høy kvalitet både i diagnostikk, behandling, sykepleie og omsorg, andre tjenester, god tilgjengelighet og likhet. Et problem som fremheves i mange sammenhenger er at kvalitetsdimensjoner som omsorg og trygghet, som er vanskelig å måle, ofte ikke teller når aktivitet og resultater måles. Det er nødvendig at det brede kvalitetsbegrepet innarbeides ved videreutvikling av både styringsmodellen, i rapporteringskrav og i finansieringsordningene. Det må settes av tilstrekkelig ressurser til å videreutvikle kvalitetskrav og kvalitetsindikatorer både i pasientbehandlingen og i undervisningsaktiviteten. Sykepleiere og annet helsepersonell må ha mulighet til å utøve sitt arbeid i henhold til faglige normer for god praksis”(NSF 2003:3).

Sykepleierforbundet peker på at Hagenutvalget går gjennom muligheter for at kvalitet nedtones i stykkprisordninger, men at utvalget skriver at det ikke finnes indikasjoner på en slik effekt. Sykepleierforbundet, på sin side, fastholder at det kan være vanskeligheter forbundet med å påvise indikasjoner på en slik effekt. NSF påpeker at kvalitetsdimensjoner som er vanskelig å måle ikke kommer med i utformingen av DRG, og argumenterer for at dimensjoner som omsorg og trygghet må innarbeides i finansieringsordningen. De vektlegger at systemet må tilrettelegge for at helsepersonell kan utøve sitt arbeid i henhold til faglige normer for god praksis.

Når det gjelder fordeling av forskningsmidler er Sykepleierforbundet kritisk til at høyskolene ikke blir nevnt.

”Høgskolen vil ha en annen og utfyllende rolle i forhold til universitetet. Det må det skapes rom for. Her kan nevnes områder som kompetanseutvikling med etter- og videreutdanning i sykepleie, utvikling av kliniske mastergrader i sykepleie, og pasientrettet klinisk sykepleieforskning (evidensbasert). Sykepleiefaget har både høgskolen og universitet som utgangspunkt for undervisning og forskning”(NSF 2003:4).

NSF argumenterer altså for at også høgskolen må tas med i betraktningen i forhold til forskningsmidler. Det påpekes at også sykepleieforskning er klinisk og evidensbasert og derfor verdig støtte i henhold til systemstandarder. NSF argumenterer her i henhold til krav om evidensbasering, og i forhold til synliggjøring av pleieoppgaver i finansieringssystemet.

I forhold til private aktører uttrykker Sykepleierforbundet seg slik:

”Vi mener likestilling av private aktører kan bidra til å trekke ressurser, som penger og personell, ut av det offentlige helsevesen. Det kan på sikt føre til økende problemer for eksempel med å rekruttere personell i desentrale strøk. Vi har ennå til gode å se kommersielle tilbydere tilby mer omfattende helsetjenester til pasientgrupper med kroniske lidelser og i desentrale strøk” (NSF 2003:9).

NSF argumenterer her annerledes enn Hagenutvalget og Legeforeningen. De frykter at å gi like konkurransevilkår mellom offentlige og private aktører vil kunne medføre en sentralisering av tilbudet. De er også opptatt av at personalekrutteringen til de offentlige foretakene kan komme til å svekkes ved større grad av privatisering.

I forhold til bestiller/utførerrollen uttrykker NSF seg slik i høringsuttalelsen:

”Som nevnt innledningsvis mener NSF at det bør foretas en mer omfattende utredning av spørsmål knyttet til bestiller/utfører-rollen generelt. Det er problemer med å gi kommunene bestilleransvar i dagens situasjon, men det bør åpnes for forsøksordninger der kommunene påtar seg bestilleransvar. Forutsetningen for dette er at kommunenes økonomi, kompetanse og handlingsrom styrkes” (NSF 2003: 7).

NSF ønsker at det skal utredes om bestilleransvaret bør flyttes fra de regionale foretakene og over til kommunene. Forutsetningen her er at kommunenes økonomi og kompetanse økes. Denne argumentasjonen bryter med Hagenutvalgets forslag, som Legeforeningen støtter. Her argumenterer Sykepleierforbundet for ytterligere en kontrollinstans i forhold til systemets logikk. Hagenutvalget ønsket kontroll på legenes henvisningspraksis, og Legeforeningen mente at pasientrettighetene kunne styre dette. Sykepleierforbundet på sin side ønsker at kommunen skal bestemme hvem som får oppdrag for regionen. NSF

sier ikke noe spesifikt om henvisningsautonomi, men det ligger i argumentasjonen at kommunen skal ha kontroll på hvilke alternativer legen kan henvise til. Dette er en argumentasjon for å styrke den medisinskfaglige kompetansen i førstelinjetjenesten (kommunen).

Hagenutvalget foreslo:

”Det utvikles snarest mulig et pasientklassifiseringssystem som kan danne grunnlag for aktivitetsbasert finansiering av både poliklinisk virksomhet og dag- og døgnbehandling innen psykisk helsevern og rusomsorg” (NSF 2003:7).

Sykepleierforbundet svarer:

”NSF slutter seg til forslagene. NSF mener utvikling av behandlingsprogrammer kan tydeliggjøre at det ikke er brukt tilstrekkelig ressurser på en del pasientgrupper. Det ligger store utfordringer i å utvikle behandlingsprogrammer og pasientklassifiseringssystemer som grunnlag for pasientbehandling i de aktuelle områdene, men vi mener at det kan sette fokus på innholdet i og kvaliteten på behandlingen som gis. Erfaringene med rammefinansiering og manglende klassifisering tilsier ikke at det har vært en ideell finansieringsform for disse områdene. Ved å gå inn i arbeidet med fokus på kvalitet og pasientenes behov, mener vi at kvalitet og ressursinnsatsen for disse pasientgruppene vil øke. Vi forutsetter at alle relevante sider ved behandlingen trekkes inn, at det tas høyde for behandling som foregår utenfor den institusjonaliserte spesialisthelsetjeneste og at det inkluderer mer enn medisinsk behandling i snever forstand. Alle aktuelle fagmiljøer må trekkes inn i arbeidet. For pasienter som ikke er ferdigbehandlede, men som i år lever med mer eller mindre funksjonshemmende kroniske lidelser, og som trenger behandling ut over den snevert definert medisinske, må ansvarsforholdene og finansieringen bedres” (NSF 2003:7).

Sykepleierforbundet støtter i tråd med Legeforeningen og utvalgets innstilling for å utvide stykkprisfinansieringssystemet til også å gjelde blant annet for psykiatri. I forhold til hvordan dette skal gjøres argumenterer de annerledes enn Hagenutvalget og Legeforeningen, som legitimerte dette ut fra medisinsk definerte behov.

Sykepleierforbundet argumenterer for at alle aktuelle fagmiljøer skal trekkes inn og at et slikt klassifiseringssystem inkluderer tunge kronikere som følges opp av andre instanser enn spesialisthelsetjenesten. Her argumenterer Sykepleierforbundet for en ytterligere

utvidelse av systemet til også å gjelde for førstelinjetjenesten, det vil si behandlingstilbudet i kommunene.

6.3.1 Analyse

Sykepleierforbundet veksler i sin argumentasjon mellom et systemkritisk perspektiv, og for synliggjøring av egne oppgaver på systemets premisser. De argumenterer i henhold til at systemet ikke kan måle alle handlingers verdi, men samtidig argumenterer de for at dette må etterstrebes. De argumenterer for at systemet må gi plass til at helsearbeidere kan utøve sin praksis i henhold til fagnormer, samtidig som de argumenterer for en utvidelse av systemet slik at tunge kronikere med sitt behandlingstilbud i kommunen også blir inkludert. De støtter også Hagenutvalget på at pasientklassifiseringer bør utarbeides med tanke på å aktivitetsbasere også den psykiatriske sektoren.

6.3.1.1 Fagetikk som en systemekstern kontrollmekanisme?

I forhold til fagetikk virker NSF's argumentasjon som en slags dobbelt dialog. De skiller først mellom systemet og fagetikken, noe som skiller dem fra Legeforeningen og Hagenutvalget. Samtidig argumenterer de imidlertid for en ytterligere utvidelse av systemet, for at systemets effekter skal fordre en større grad av rettferdighet. I førstelinjetjenesten er det sykepleiere som i stor grad er den faggruppen som styrer produksjonen (sammen med andre høgskoleutdannete som vernepleiere og sosionomer). Nordtvedt (2005) mente som vi så tidligere at nærhetsetikken måtte mobilisere til motmakt der systemene svikter når det gjaldt å ivareta de svakeste pasientgruppene (s. 60). NSF's argumentasjon følger først Nordtvedts argument, men de argumenterer samtidig for at systemet må inkludere pasientklassifiseringer også for pleie og omsorg både i spesialisthelsetjenesten (andrelinjetjenesten) og i kommunene (førstelinjetjenesten). De understreker at sykepleieforskning er evidensbasert. Ekeland (2004) skriver at sykepleie inkluderer noen funksjoner som kan objektiviseres med referanse til en objektontologi, og som dermed kan forbedres gjennom instrumentalisering. Det er altså ifølge Ekeland mulig å studere omsorg empirisk etter en

mål-middel logikk. Dette stemmer nok til en viss grad, men at noen funksjoner kan objektiveres er ikke det samme som en synliggjøring av alle arbeidsoppgaver. Sykepleierforbundets kritikk av systemet drukner litt da de argumenterer tydelig for en utvidelse av pasientklassifiseringene til å inkludere pleie og omsorg, og for at systemet skal gjelde for nye områder i helsetjenesten. Det kan virke som om NSF mener fagetikken best kan ivaretas om systemet utvides og sykepleiefaget får status som en evidensbasert vitenskap. De bruker en annen retorikk der Hagenutvalget uttrykker at det ikke finnes indikasjoner for at kvalitet nedtones i stykkprisordninger. NSF skriver her at det er vanskelig å finne slike indikasjoner, og følger opp med at dette er fordi det kan dreie seg om kvalitetsdimensjoner det er vanskelig å måle. På tross av dette argumenterer de for at omsorg og pleie må tas med i utformingen av DRG. Mener NSF da at dimensjoner som ikke kan måles, må tas med i pasientklassifiseringssystemet gjennom evidensbasert sykepleieforskning?

Når NSF først påpeker at systemet også må gi plass til mobilisering av nærhetsetikk, er dette i tråd med sykepleiefagets egen ontologi, der mennesket defineres som mer enn summen av enkeltfaktorer. NSF's forslag bryter derimot med de prinsippene som har vært grunnlaget for sykepleiens kamp om å bli definert som egen vitenskap. Argumentene for synliggjøring av eget fag på systemets premisser og utvidelse av systemets gyldighetsområde forklares ved hjelp av å fremstille faget som grunnleggende evidensbasert. Dette er interessant i forhold til det Sehested (2004) sier om at vi i Skandinavia har en "light" versjon av New public management (s. 23). Forslagene til NSF understreker hvor vanskelig det er når målstyringssystemer eksisterer side om side med systemer der det ikke eksisterer måling av produksjonen. Resultatet kan bli ekspandering av målstyring til nye områder. På et slikt grunnlag kan det være grunn til å spekulere i hvor lenge styringssystemet kan refereres til som en "light" versjon av NPM. I NSF's forslag om videreutvikling av systemet påpekes det at visse pasientgrupper ikke prioriteres, dermed synes det som om NSF til syvende og sist mener fagetikken må forankres i økonomiske incentiver for å sikre rettferdighet. NSF argumenterer for at en utvidelse av systemet vil kunne sette pasienten mer i fokus og slik bidra til at tidligere nedprioriterte pasientgrupper får en høyere prioritet. Men hva skjer når omsorgen blir

gjort til middel, når den blir grunnlagt i empirisk evidens for at den virker, eller standardisert på bakgrunn av slik evidens? Er sykepleiefaget i ferd med å forandre sitt vitenskapelige utgangspunkt for å henge med i kampen om synliggjøring i et instrumentelt målingssystem, eller mener NSF faktisk at sykepleiefaget best defineres i form av reduksjonistiske forklaringer? Høringsuttalelsene gir ingen holdepunkter for å gå inn i dette, men det er viktig å slå fast at de foreslår en ytterligere utvidelse av stykkprisfinansieringssystemet og at de begrunner dette fagetisk med at en slik utvidelse må til for at rettferdighet overfor de svakeste pasientgruppene skal nedfelle seg i praksis.

Jeg leser dette slik at Sykepleierforbundet ønsker synliggjøring av egen aktivitet for å ha ressurser til å ivareta de svakeste pasientgruppene. Det er grunnlag for å anta at synliggjøring må til for å gi pleie- og omsorgsoppgaver handlingsrom, og at det derfor kan være nytteløst å ikke argumentere i henhold til det eksisterende system. Dette mener jeg kan være noe av forklaringen på NSF's "dobbeltdialog". I henhold til systemets logikk kan det være incentiver til å kutte stillinger nærmest pasienten dersom ikke pleiefunksjoner blir synliggjort i finansieringssystemet. NSF sine forslag ender med at fagetikk ses på som en egenskap ved systemet, selv om de påpeker at systemet må gi rom for at aktiviteten kan utøves i tråd med fagetikk. Det kan virke som om de derfor argumenterer for at systemet må synliggjøre oppgaver for at praksis også kan frigjøre seg fra systemet, selv om de sier at systemet skal realisere en målsetting om at pasienten skal settes i fokus.

Sykepleierforbundet fikk i denne prosessen støtte for å utvikle en mer presis vekting av pleieoppgaver, men da i forhold til medisinske diagnoser (Stortingsmelding 5/2003). SINTEF fikk i oppdrag fra departementet å gjennomføre et prosjekt for å kartlegge en mer presis pleiefaktor. Dataene som SINTEF benyttet i kartleggingen er hentet fra et tre års registreringsprosjekt ved Ullevaal Universitetssykehus. I prosjektbeskrivelsen står det:

"Arbeidet med å lage en ny fordelingsnøkkel for fordeling av de direkte pleiekostnadene er tenkt gjennomført i nært samarbeid med Ullevaal Universitetssykehus HF. Bakgrunnen er at Ullevaal over en 3- års periode har

utviklet og systematisk tatt i bruk et egenutviklet elektronisk registreringssystem for pleietyngde til bruk for innlagte pasienter. Sykehuset er det eneste foretaket i Norge i dag, som systematisk har elektronisk registrert og kvalitetssikret pleietyngdere registreringene over en lengre periode, samt knyttet disse opp til den særskilte pasient i det pasientadministrative systemet. Ved å koble den registrerte pleietyngden til forutsetninger om ressursbruk eller en pleienormering pr pleiekategori kan det også beregnes en direkte pleiekostnad pr pasient pr DRG” (Bookmark i refliste).

Dette prosjektet startet i september 2004 og skal være ferdig i løpet av 2005. Det gjenstår å se hvordan dette i praksis vil se ut, men det kommer frem at pleie og omsorg ikke skal inngå i et eget klassifiseringssystem, men knyttes til det allerede eksisterende som utgår fra de medisinske diagnoser. Det forutsettes derfor at pleietyngde kan kartlegges i forhold til biologi. Den evidensbaserte sykepleieforskningen er foreløpig ikke inkludert i stykkprisfinansieringssystemet.

6.4 Har Sykepleierforbundet og Legeforeningen de samme målsettinger?

DNL og NSF har som arbeidstakerorganisasjoner og representanter for det vi kaller humanistiske fag, begge interessebaserte strategier. De skiller seg derimot vesentlig på spesielt ett viktig punkt. NSF er preget av et offentlig engasjement, noe som nok kan tilskrives at sykepleiere sjelden representerer private næringsinteresser. Sykepleierforbundet er derfor opptatt av at offentlige institusjoner besitter mest mulig kontroll over aktiviteten. Legeforeningen representerer både offentlige interesser og private næringsinteresser. I privat legepraksis har stykkprisbetaling alltid vært akseptert, men da som betaling per konsultasjon. Det finnes for eksempel lovreguleringer på at en konsultasjons varighet skal strekke seg til minimum 15 minutter om pasienten ønsker det. Slike tidsgarantier er ikke implementert i DRG-systemet, der resultatet måles i forhold til diagnoser og ikke etter hvor mye tid som er brukt på pasienten. DNL argumenterer sterkt i forhold til pasientrettighetene, også der de etter min mening kan sies å være opptatt av de private produksjonensheters konkurransevilkår. Hvis man tenker seg at det er en reell konkurranse mellom private og offentlige behandlingssteder, vil bedre konkurransevilkår til den ene parten nødvendigvis måtte gå utover den andre. Legeforeningen balanserer derfor to logikker når de argumenterer for bedre eller mer rettferdige konkurransevilkår

til de private for å verne om pasientrettighetene, og samtidig argumenterer for viktigheten av at private og offentlige aktører gis like konkurransevilkår. De påpeker at de offentlige sykehusene også har andre oppgaver, men problematiserer ikke dette i forhold til konkurranse som middel for å øke effektiviteten.

Når det gjelder systemets ekspandering til også å gjelde blant annet psykiatri er DNL og NSF også enige, men de begrunner dette forskjellig. NSF argumenterer med at stykkprisfinansiering vil kunne sette fokus på innholdet i behandlingen til blant annet den psykisk syke, og mener systemet kan utvides til å bedre ivareta pasientgrupper som er nedprioritert. Legeforeningen argumenterer at det må lønne seg å behandle sykdom, og mener at man vil kunne behandle flere dersom det ble lønnsomt. Her står grovt sett et fokus på kvalitet opp mot et fokus på kvantitet.

6.5 Hvilke målsettinger skal stykkprisfinansiering i psykiatrien realisere?

I en SINTEF-rapport der det ble kartlagt om psykiatrien hadde klart å følge opp opptrappingsplanen er det spesielt et punkt som er interessant. I punkt 14 i opptrappingsplanen står det: ”Tjenesten skal kunne gi hjelp til 5% av barn og unge under 18 år hvert år” (Kalseth red. 2005:24). I evalueringen av denne måloppnåelsen står det: ”Ennå er man langt fra å oppnå målet om å kunne tilby hjelp til 5% av barn og unge. På landsbasis hadde man i 2003 oppnådd 3.1%, en vekst på 1,1 prosentpoeng fra 1998” (Kalseth red. 2005:80).

Hagenutvalget påpeker at en aktivitetsbasert psykiatri er viktig for å virkeliggjøre disse målsettingene: ”De regionale helseforetakene kan velge å aktivitetsfinansiere psykiatriske helsetjenester for derigjennom å gi helseforetakene insitament til å opprettholde ressursbruken innen psykiatri. En slik virkemiddelbruk vil høyst sannsynlig også bidra til å sikre at den viktige målsetningen om økt aktivitet innen psykiatri blir nådd”(NOU:1 2003:117).

Stykkprisfinansieringssystemet skal altså realisere opptrappingsplanens målsettinger om blant annet å kunne tilby hjelp til 5% av barn og unge.

Professor i sosialmedisin Per Fugelli skriver følgende i en kronikk i Dagbladet:

”Arne Holte, professor og avdelingsdirektør for psykisk helse ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, slår alarm: ”50000 psykisk syke barn i skolen får ikke hjelp. Nå vil han ha obligatorisk psykisk helsesjekk av alle barn hvert år. Indignert roper han i morgen nyhetene NRK 1 og på Puls ” Vi undersøker hver tann på hvert barn, hvert år – hvorfor ikke den psykiske helsen? Og det er enkelt forsikrer Holte: Barnet skal bare fylle ut et spørreskjema som tar mindre enn en skoletime” (Dagbladet 30/9-05). Fugelli påpeker at det allerede er store behov i psykiatrien og at ressursene kanskje burde settes inn der det allerede er et avklart behov. Han siterer også psykiater Per Høgland ved psykiatrisk klinikk,UIO: ”Hver fjerde nordmann opplever å bli psykisk syk hvert år. Definisjonen på sykdom er å være uttalt trist i 14 dager(...) Det finnes mange mennesker som ikke en gang vet at de er syke”. (Dagbladet 30/9-2005 s38).

Her er det flere poenger. At det politisk er en målsetting at psykiatrien skal kunne gi et tilbud til 5% av barn og unge kan ikke direkte relateres til at professor Holte ønsker obligatorisk sjekk av barns psyke. Det kan derimot spekuleres i hvorvidt slike holdninger er vanlige i det psykiatrimedisinske miljø. Holte er som direktør ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt ingen ubetydelig skikkelse i dette fagmiljøet. Det jeg vil frem til er om det er grunnlag for å tro at stykkprisfinansiering av psykiatrien vil gagne de som har store problemer, med andre ord pasientgrupper som krever store ressurser? Eller vil stykkprisfinansiering først og fremst føre til at psykiatrien utvider sitt gyldighetsområde? Intensjonene bak ønsket om å kunne utvide hjelpen til barn og unge er selvsagt at man ønsker å fange opp problemer tidlig. Det er en svært relevant diskusjon om det å gi barn en slik sjekk i seg selv vil kunne føre til en økning av definert psykiatrisk sykdom, særlig hvis tristhet utover 14 dager klassifiserer for depresjon.

Hvis man tar utgangspunkt i effektivitetstankegangen som Legeforeningen argumenterer for, hvor det skal lønne seg å behandle sykdom, er det et vesentlig spørsmål hva som er

mest lønnsomt innen psykiatrien. Hva lønner seg mest av å kartlegge? En barneskole gjennom bruk av spørreskjemaer og kanskje sette inn begrensede tiltak på en relativt stor andel barn, eller å gå i gang med et langt terapeutisk forhold til en tidligere rusmisbruker på vei mot en rusfri tilværelse? Hva med ungdommer med spiseforstyrrelser, eller et mobbeoffer gjennom mange år med en utviklet personlighetsforstyrrelse, er dette lønnsomme pasienter? Dette er selvsagt satt på spissen, men det er utvilsomt et paradoks at man med aktivitetsfinansiering søker å finne nye pasienter, når vi tilsynelatende har store problemer med å hjelpe de som allerede er innenfor systemet. Stykkprisfinansiering i psykiatrien åpner også for en større grad av privatisering. Et fremtidsscenario der et privat psykiatrisk team reiser rundt på skoler for å kartlegge den psykiske helsetilstanden hos barn gjennom et standardisert spørreskjema, er i seg selv ganske urovekkende. Ikke fordi de er private, men fordi incentivene legger opp til betaling etter diagnose. Produksjonen vil da avhenge av å kunne finne flest mulig barn man kan hjelpe. Eksempelet fra den evidensbaserte legemiddelindustrien (s. 66) kan føre til en tro på at 5% av barn og unge trenger for eksempel lykkepiller. Det er derimot langt dit, og jeg har vanskelig for å tro at utviklingen kan gå så langt. Det gjenstår uansett fremdeles å se om politikerne virkelig innfører stykkprisfinansiering i psykiatrien.

Sykepleierforbundet ønsker at en utvidelse av systemet skal sette fokus på innholdet i behandlingen. Det paradoksale med målstyring og innholdet i behandlingen er at DRG systemet har en sterk somatiserende slagside. Med det mener jeg at de medisinske psykiatriske diagnoser definerer i stor grad psykisk sykdom som en fysiologisk ubalanse i organismen. Et vesentlig poeng i forhold til stykkprisfinansiering er om disse evidensbaserte kodene har den forklaringskraft de utgir seg for å ha, det vil si om de kan kartlegge aktiviteten på feltet?

6.6 Den standardiserte psykisk syke og stykkprisfinansieringssystemet

Min erfaring fra å jobbe på et distriktpsikiatrisk senter og i akuttpsykiatrien i Oslo er at det er et relativt beskjedent fokus på diagnoser. Diagnosene var der, men jeg var

overrasket over hvor lite diskursen rundt tiltak var relatert til diagnose. Selv om det var utstrakt bruk av medisiner, var det alltid snakk om hva pasienten responderte på. Dette kunne dreie seg om helt ulike regimer på pasienter med den samme diagnosen, etter en slags prøve- og feilelogikk. I praksis lå mye av fokuset på hvordan det mennesket faktisk ble opplevd, for eksempel om han var utagerende, engstelig eller innesluttet.. Det var også spørsmål om hvordan pasienten definerte seg selv med hensyn til sosialt nettverk, dagligdagse gjøremål, personlig økonomi osv. Det er selvfølgelig problematiske aspekter også her i forhold til en objektivisering, men det er likevel en implisitt bevissthet rundt de problematiske aspektene ved medisinsk kategorisering. Dette første virkelige møtet med psykiatrien som sykepleier overasket meg på dette punktet, kanskje på bakgrunn av mine sosiologiske forutantagelser. Selv om jeg erfarte mange elementer som kan problematiseres sosiologisk, noe som kunne vært en oppgave i seg selv, så er det interessant at det tilsynelatende ikke eksisterte noen direkte kobling mellom diagnose og praksis.

Ekeland (2004) refererer til en undersøkelse av Kendell (1971) om sjansene for å få diagnosen schizofreni i USA og Europa. Diagnosen ble brukt så forskjellig i USA og i England at hvis sjansen for å få diagnosen i England var 2 % var den tilsvarende i USA 69 %. Ekeland skriver at dette har en sammenheng med at symptomer som i psykiatrien utløser en diagnose vil høre til subjektontologien, som ikke har noen klare grenser til et normativt felt. Skillet mellom sykt og friskt kan ikke valideres i en objektontologi. Det er derfor konsensus i psykiatrilauget at disse grensene skal avgjøres gjennom avstemning i komiteer. Antallet ICD-kategorier basert på evidensbaserte diagnoser i psykiatrien øker likevel dramatisk (international code of diagnosis s 16). Dette kan, som Ekeland påpeker, komme av at folk har mer problemer, eller av at psykiatriprofesjonen har okkupert mer av folks problemer og ikledd dem sin egen (biomedisinske-)diskurs, og legitimerer denne okkupasjonen gjennom vitenskapeliggjøringen som ligger i evidensbasert medisin (Ekeland 2004).

At antallet diagnoser i psykiatrien stiger kan også skyldes at profesjonen tar på alvor at forskning viser at verktøyene de allerede har, ikke alltid samsvarer med virkeligheten. En strategi basert på den kliniske logikken vil naturlig ta utgangspunkt i å standardisere mer

presist, og da er evidensbasering som vitenskapliggjøring den eneste vei til kvalitetsikring i henhold til en medisinsk logikk. Det blir som Goffmann påpekte at det hører med til profesjonenes natur at de til en viss grad baserer seg på bedrag, og at dette fungerer best når det også er snakk om et selvbedrag, selvtilliten må være i overkant om man skal få gjort jobben sin (Goffman 1959, i Ekeland 2004). Et poeng med dette er at troen på den objektive sannhet i psykiatrien, i henhold til Goffmann, kan sies å springe ut av et ubevisst forsøk på å bevare et "selvbedrag". Dette er det selvsagt ikke mulig å si noe konkret om, og det må nødvendigvis også knyttes til befolkningens forventninger om at profesjonen har adekvate løsninger på psykiske problemer, eller mest sannsynligvis en vekselvirkning mellom generelle forventninger i befolkningen og profesjonens søken etter den målbare sannhet. Legeforeningens argumentasjon om stykkprisfinansieringssystemet som kvalitetssikring for pasienten kan også være drevet av et krav om at legene skal ha svarene og verktøyene for å kunne hjelpe den psykisk syke. Selvbedraget som Goffmann skisserer kan slik være like viktig for både hjelpere og klienter. Systemet kan frigjøre legen fra ansvar, der behandlingen ikke samsvarer med forventningene. Legen kan ikke lastes om hun har opptrådt på systemets premisser, og pasienten får informasjon om at dette er den beste behandlingen som vitenskapen kan tilby i forhold til pasientens psykiske problem.

I en artikkel i *Tidsskrift for Den Norske lægeforening* problematiserer forsker Oddvar Kaarbø ved Helseøkonomisk institutt ved Universitetet i Bergen aspekter ved å innføre stykkprisfinansiering i psykiatrien. Han skisserer en løsning: "En forutsetning for et godt pasientklassifiseringssystem i psykiatrien vil være mer informasjon om pasientene og forholdene rundt den enkeltes innleggelse. Slik informasjon har til nå gjerne forblitt i journalene" (Kaarbø i *Tidsskrift for norsk lægeforening* nr.18 2004:24). Han viser til forskning fra USA (Lave 2003) og Canada (Cromvell 2001) som viser at psykiatriske diagnoser kun fanger opp ca 2,5 % av kostnadsvariasjonene mellom psykiatriske pasienter.

Dette er interessant i forhold til Sykepleierforbundets og Legeforeningens tro på at standardisering av den psykisk syke er mulig, og at dette knyttet til stykkprisfinansieringssystemet skal sette fokus på den psykisk syke og føre til

kostnadseffektivitet. Det er som jeg har vist liten grunn til å tro at stykkprisfinansieringssystemet i somatikken har satt pasienten i fokus eller at systemet har virket begrensende på utgiftene (s. 65), men det finnes heller ikke noen målbar evidens for det motsatte. Kaarbø ønsker tilgang til journalene for å finne bedre standarder for produksjonen. Om han skal finne sammenlignbare kategorier i journalene er avhengig av at helsepersonell referer til den autentiske sannhet med et objektivt likt utgangspunkt. Sosiologen Stephen Pfohl (1994) referer til en studie av psykologen David Rosenham (1974) der åtte friske (pseudo-pasienter) ble plassert i ulike psykiatriske utredningsinstitusjoner. Får å få adgang ble det oppgitt et spesielt symptom på schizofreni, at pasientene hørte stemmer. Pseudo-pasientene var instruert til å oppføre seg mest mulig normalt. Pseudo-pasientene var en variert gruppe, og blant dem var det tre psykologer, en barnelege og en psykiater, men det forskjellige helsepersonalets reaksjoner overfor dem hadde slående likhetstrekk. På tross av at pasientene prøvde å oppføre seg så normalt som mulig, forble de innlagt i gjennomsnittlig 19 dager. Det viste seg at alt de gjorde, selv om de prøvde å oppføre seg normalt, ble sykeliggjort slik at det passet til den mistenkte diagnosen. Dette gjaldt både sykepleierapporter og medisinske journaler. Alle bortsett fra en fikk diagnosen schizofreni. Dette er en gammel studie, men den viser hvor kompleks den sosiale virkeligheten på feltet er. Selv om evidensbaserte systemer og stykkprisfinansiering kan strukturere feltet for helsearbeideren, så hjelper det lite for pasienten hvis sannheten i helsearbeidernes verktøy ikke samsvarer med pasientens problem. Kaarbø ønsker tilgang til journalene for å bedre kunne skape presise standarder. Det er lite trolig at dette vil ha noe for seg på et aggregert nivå, når man vet at premissene for en slik kategorisering uansett vil slite med de samme problemene som evidensbasert psykiatri, og uten å være i nærheten av å inneha den samme legitimiteten som denne.

Et paradoks med standardiseringer knyttet opp mot effektivitet i psykiatrien er at medisiner som oftest vil være det mest kostnadseffektive for institusjonen. Å svelge en tablett eller få en sprøyte er rimelig sikkert mer kostnadsbesparende enn samtaleterapi. Ekeland (2003) frykter at stykkprisfinansiering kan føre til en større grad av løsningsregimer fra legemiddelindustrien (s.55). Jeg deler den bekymringen, og har ofte

lurt på hva man medisinerer. I kostnadseffektivitetens ærend kan det dreie seg om å sedere (bedøve) symptomer mer med tanke på omgivelsene, enn pasienten. Å bedøve symptomer vil som regel være teknisk sett det mest effektive for institusjonen, men at symptomene ikke er synlige betyr ikke nødvendigvis at pasienten har det bra. Jeg har ingen forutsetninger for å mene at medisinerer ikke er en viktig del av behandlingen av den psykisk syke, men er skeptisk til om ikke produksjonsstandarder i psykiatrien vil kunne medføre større bruk av raske løsninger i form av medisinerer som ikke er forankret i den psykisk sykes behov. Hvis systemet medfører at det blir viktigere å identifisere problemer og begrunne dette på systemets premisser enn å finne den psykisk syke der dette mennesket er, kan det medføre en større grad av medikalisering ved at flere får psykiatriske diagnoser, uten at det nødvendigvis er noe samsvar mellom det medisinske løsningsregimet og den sykes problem. De såkalte "tunge" psykiatriske pasientene kan fort bli nedprioritert ettersom de er vanskeligere å "helberede" enn de som har vesentlig enklere plager. Dermed blir det vanskelig å tjene penger på de såkalte tunge psykiatriske pasientene. Det er vanskelig å spå om fremtiden, men det er belegg for å være kritisk til stykkprisfinansiering av psykiske lidelser.

7.0 Avsluttende diskusjon

Som vist tidligere i oppgaven går både helseøkonomene og fagforeningene til legene og sykepleierne inn for å fastsette standarder for produksjon i psykiatrien, selv om det finnes få holdepunkter for at systemet har realisert målsettingene i somatikken. Men begrunnelsen er forskjellig. Mens helseøkonomene ønsker kontroll med utgiftene, ønsker legeforeningen et incitament til effektivitet. Sykepleierforbundet argumenterer derimot for at stykkprisfinansieringen vil bidra til å sette pasienten i fokus. Intensjonene er gode og det påpekes at systemet gagnar både samfunnet som helhet og den enkelte pasient. Hvorfor er det rimelig å anta at disse argumentene ikke holder vann? Eller med andre ord: Hvordan kan et incentivsystem basert på standardisert praksis få slike vridningsmekanismer? Jeg skal i dette kapittelet samle trådene knyttet til denne diskusjonen.

Jeg har i oppgaven begrunnet hvordan jeg mener systemet kan ha slike virkninger. Samtidig lar slike mekanismer seg vanskelig påvise nettopp fordi det her er snakk om aspekter som ikke lar seg standardisere. Vridningsmekanismene har jeg derimot forsøkt belyst og konkretisert ved hjelp av teori og egne erfaringer som sykepleier.

Stykkprisfinansieringssystemet ble innført som et svar på utfordringene innen helsevesenet. Med økt fokus på målstyring, teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet er hensikten å redusere betydningen individuelle avgjørelser har for systemet som helhet. Det skal med andre ord ikke spille noen rolle hvem aktørene er. Samtidig kan dette medføre, som Berg påpeker (s. 8), at handlingsrommet blir tømt for personifisert ansvar. De subjektive aspektene blir forstyrrende elementer for produksjonen.

Skjervheim(1963) kritiserer sosiologismen og psykologismen for at en objektivisering av individet er en effektiv form for å ta herredømme over den andre sin frihet. Jeg argumenterer for at stykkprisfinansieringssystemet på dette grunnlag kan refereres til som en dobbeltobjektivisering av den syke. Et system med standardiserte handlingsbetingelser objektiviserer hjelperen i det den i stor grad fritar hjelperen for personlig ansvar overfor den syke. Disse standardiserte handlingsbetingelsene bidrar i sin tur til å objektivere den syke, da det i mindre grad er rom for å se den syke som et helt menneske med særegne, individuelle behov. Den syke defineres gjennom sin diagnose, knyttet til målbare kriterier om behandling, ressursbruk og liggetid. Systemet kan med andre ord i seg selv bidra til at hjelperne blir fratatt ansvar, noe som igjen kan få konsekvenser for pasientgrupper med behov utover det systemet tar høyde for. Man kan si at det tyngstveiende prinsipp blir å tilfredsstille systemstandarder. Dette skjer gjennom rasjonelle begrunnelser for praksis. Den reelle praksisen kan ikke underlegges instrumentell kontroll fordi standardene ikke har en naturlig tilknytning til pasientens behov. Målstyringen kan likevel ha påvirkning på praksis i det helsearbeidernes fokus flyttes fra pasienten og til økonomisk effektivitet. Dette fokuset deler pasienter inn i ”lønnsomme” og ”ikke lønnsomme” pasienter. De pasientene som er minst resurskrevende blir da mest lønnsomme. Paradokset er at de som kan sies å være mest avhengig av helsevesenet også er de som krever mest resurser.

De ulike aktørene bruker forskjellige argumenter for å begrunne både stykkprisfinansieringssystemet i seg selv og systemets utvidelse til nye områder, men de er alle i henhold til systemets logikk. I stedet for å diskutere systemet som sådan, er det en kamp om å definere premissene for hva som skal måles begrunnet i argumenter om rettferdighet, rettigheter, effektivitet og å sette pasienten i fokus.

Stykkprisfinansieringssystemet kan, som tidligere nevnt, sies å være et forsøk på reduksjonistisk fortolkning av helsearbeidernes handlingspreferanser. Sosiologen Sigurd Skirbekk kritiserer forsøk på reduksjonistiske fortolkninger av rasjonalitet:

”Instrumentell rasjonalitet kan formuleres som hvis x, så y resonnementer(...) Men det gir ingen garanti for klokhet at en tankeoverføring fra visse premisser til visse konklusjoner er uangripelig, dersom valget av premisser ikke er særlig klokt... Dette ville i sin tur kunne friste dem som hadde noe å vinne, til å velge premisser som erfaringsmessig førte til konklusjoner som passet deres egne interesser. Slike forhold taler for at premisser så vel som konsekvenser av ulike resonnementer, bør underkastes en kritisk analyse før visse resonnementer eventuelt kan gi en overordnet status” (Skirbekk 1999:82).

Aktørenes handlingspreferanser er bare implisitt berørt i denne oppgaven. Jeg tar ikke stilling til om helsearbeiderne handler normativt eller rasjonelt strategisk. Skal systemet virke må det uansett forene disse handlingstypene. Dette er forsøkt håndtert ved å implementere etikken i systemets incentiver. Det strategisk rasjonelle blir det normativt riktige. Fagforbundene søker således å balansere egne interesser, og å verne om den altruisme som gir faget legitimitet. Det kan spekuleres i hvorvidt det mangelfulle fokuset på systemets eventuelle utilsiktede konsekvenser er et resultat av at det er premissene det egentlig kjempes om og ikke begrunnelsen. Når for eksempel sykepleieforbundet ønsker synliggjøring av egen aktivitet ved å vise til evidensbasert sykepleie, er ikke dette nødvendigvis fordi sykepleieforbundet støtter systemet, men fordi fagforeningskampen må spille på allerede institusjonaliserte sannheter. Således kan det være mer strategisk å argumentere for en inkludering av egen aktivitet som en del av standardiseringen. Slik blir argumentasjonen i henhold til logikken om at systemet skal yte rettferdighet både overfor helsearbeideren og pasienten. Dermed overtar systemet til en viss grad for

fagetikken. Helsearbeiderne blir i større grad ansvarliggjort overfor systemet på bekostning av det moralske ansvaret, som blir overlatt til systemets premisser.

Moralsosiologen Zygmunt Baumann(1997) skiller mellom moralsk og teknisk ansvar slik:

”Teknisk ansvar skiller seg fra moralsk ansvar ved at det ser bort fra at handling er et middel til noe annet enn seg selv. Når handlingens ytre forbindelseslinjer fjernes fra synsfeltet, blir byråkratens egne handlinger et mål i seg selv som bare kan bedømmes ut fra sine iboende kriterier om vellykkethet og egnethet(...)For å si det brutalt er resultatet at moralsk standard er irrelevant for en byråkratisk operasjons tekniske suksess” (Baumann 1997 i Nilsen 2005: 142).

Baumann beskriver samtiden som preget av utrygghet overfor det menneskelige subjektive skjønn, der vi baserer oss på kvalitetssikringssystemer som tillitsreparasjon som både skal beskytte de ansvarlige for utryggheten, og etablere trygghet generelt. Paradokset oppstår når kvalitetssikringssystemene virker selvforsterkende på utryggheten overfor det subjektive som en selvoppfyllende profeti. Strategien blir videre å teknifisere ansvaret ytterligere for igjen å opprette trygghet.

Denne selvforsterkende prosessen Baumann beskriver kan overføres til stykkprisfinansieringssystemet. For å illustrere med et eksempel: La oss si at døende kreftpasienter ikke ble definert som kostnadseffektive av systemet. Dette kunne ha ført til at denne pasientgruppen i utstrakt grad ble overført til sykehjem, selv om den enkelte kreftpasient, i et medisinsk rettferdighetsperspektiv, ville hatt et bedre behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Selv om ingen enkeltpersoner bærer ansvaret alene, kan en slik vridning tas til inntekt for at det er de menneskelige egenskapene hos helsearbeidere som er problemet og ikke at det kan være en konsekvens av selve systemet. Svaret blir en standardisering (s. 30) av denne pasientgruppen, knyttet til incentiver som tar sikte på å gjøre denne gruppen kostnadseffektiv. Man disiplinere med andre ord helsearbeiderne til å handle moralsk. Ingen person har skyld, men det ufullkomne mennesket gjør at det er systemet som må bære ansvaret. Paradokset er at man prøver å løse problemene knyttet til vridningsmekanismer med den samme medisinen som har framkalt dem. Uansett hvor

mye man prøver å standardisere dødsomsorg vil det være et etisk dilemma å knytte verdig død opp mot kostnadseffektivitet. Man kan frykte det Baumann advarer mot at den moralske standarden blir ubetydelig i forhold til byråkratiske begrunnelser for teknisk effektivitet.

Tanken om det egennyttige og rasjonelle individet kan knyttes til den klassiske økonomien. Historikeren Francis Sejerstad skriver: ” Dette paradoks – at moralsk tvilsomme handlinger er spesielt gagnlige for samfunnet – representerer et fundamentalt problem for all samfunnsstenkning og samfunnsplanlegging”(Sejerstad 1993:22). Sejerstad viser her til Adam Smith sin teori om hvordan private laster vendes til offentlige dyder gjennom markedets usynlige hånd. Det er nok slik stykkprisfinansieringssystemet er tenkt å virke. Systemet forutsetter et fravær av den relasjonelle fagetikken slik at det kan treffe rettferdig og mer presist enn det feilbarlige subjektive mennesket. Fagetikken skal i stedet nedfelle seg gjennom rasjonell, nyttemaksimerende atferd.

Spørsmålet blir om premissene for systemet virker på en annen måte i helsevesenets kvasimarked. Det kan bli slik Skirbekk(1999) skisserer: Kampen om premissene kan bli hovedfokuset når man søker reduksjonistiske forklaringer av helsearbeidernes rasjonelle handlingspreferanser, noe som ikke er en garanti for at aggregatet av praksis gagnar samfunnet slik som i Smiths tese. Et tenkt scenario der et privat psykiatrisk team reiser rundt på barneskoler for å kartlegge barnas psykiske helse ved hjelp av standardiserte spørreskjemaer, er ikke nødvendigvis en dårlig moralsk handling sett fra verken psykiaterens, eller samfunnets side. Tenker man på psykiatriplanens(s. 103) målsetting om å kunne gi tilbud til 5 prosent av alle barn og unge, så er det ingen grunn til å tro det. Den enkelte psykiater vil jo opptre disiplinert og dermed moralsk godt i forhold til det ansvarliggjorte systemet. Systemets logikk og de premisser det baserer seg på vil likevel kunne ha utilsiktede konsekvenser i form av for eksempel unødvendig medikalisering av denne aldersgruppen og dermed også feil bruk av ressurser.

Sammenligner man det norske og det amerikanske helsevesenet, hvor stykkprisfinansieringssystemet er langt mer utbredt enn i Norge, er det liten grunn til å tro at systemet har gagnet det amerikanske samfunnet. De bruker 40 prosent mer på helse per innbygger i forhold til i Norge (UN common database 2002). Dette i et land der helsevesenet i praksis kun yter tilbud til 2/3 av samfunnet. Nå er det ikke mulig å sammenligne disse tallene uten å gå inn i en rekke andre faktorer som skiller det norske og det amerikanske samfunnet, men det kan likevel spekuleres i hvorvidt dette kan være en pekepinn på at helsetjenester ikke egner seg for markedsmekanismer. I hvert fall ikke med utgangspunkt i at helsevesenet skal være tilgjengelig for de som trenger det mest.

Man kan diskutere om stykkprisfinansieringssystemet kan oppfylle Hagenutvalgets (s. 80) målsettinger på et aggregert nivå. Selv om systemet på egne premisser søker å disiplinere enkeltaktørene for å sikre moralsk gode handlinger, så er ikke det noen forsikring om at summen av disse handlingene virkelig gjør målsettingene. Filosofen Allen Buchanan snur Smiths tese opp ned: "To assume that the cumulative result of a series of just actions must itself be just is to committ the fallacy of composition" (Buchanan 1988:68). Buchanan mener det er feil å tro at aggregatet av gode enkelthandlinger nødvendigvis også er god. Et eksempel på det er Hagenutvalgets (s. 74) ønske om at legenes henvisningspraksis underlegges kontroll av de offentlige foretakene. Dette ble ikke gjennomført fordi det ville kunne svekke pasientrettighetene og de rettferdige konkurransevilkårene mellom offentlige og private tilbydere av helsetjenester. Aggregatet av en praksis der legene i stor grad henviser "lønnsomme" pasienter til private behandlingstilbud, mens de offentlige sykehusene i større grad får pasienter som er "ulønnsomme", kan vise seg å være både fordyrende og føre til at også de offentlige sykehusene prioriterer i retning av kostnadseffektive pasientgrupper. Dette kan i sin tur gå utover de svakeste pasientgruppene som har behov utover det som kan standardiseres. På individnivå kan man imidlertid ikke påstå at disse enkelthandlingene ikke er rettferdige. Legenes intensjoner kan like fullt være å gi pasienten den beste behandlingen. Formelt sett er det jo også pasientenes ønsker som veier tyngst, så en slik effekt kan like gjerne sees på som en fullbyrdelse av pasientens rett til fritt brukervalg.

Det kan diskuteres om nytteetikken som stykkprisfinansieringssystemet kan sies å bygge på, møter et logisk problem i sin begrunnelse. Stykkprisfinansieringen vektlegger premissene for helsearbeidernes handling, og ikke selve handlingen og de relasjonelle komponentene som denne nødvendigvis må bygge på i forhold til møtet med pasienten. Det er tvilsomt om det er mulig å finne en logisk holdbar sammenheng mellom den sykes behov og standarder for helsearbeidernes praksis. Å tro at eventuelle vridningsmekanismer kan løses med en mer presis standardisering kan føre til, som jeg har vist i denne oppgaven, flere vridningsmekanismer som ytterligere medikalisering av samfunnet, nedprioritering av de sykeste pasientene, og dermed mindre reell nytte på et aggregert nivå, gitt systemets målsettinger. De eventuelle effektene av stykkprisfinansieringssystemet har derfor en viktig etisk dimensjon ved seg, men kan kanskje løses ved å reversere målstyringsprosessen? Jeg vil snu Hagenutvalgets påstand og si: Det finnes få holdepunkter for at en reversering av stykkprisfinansiering i spesialisthelsetjenesten vil være fordyrende, svekke effektiviteten eller kvaliteten. Derimot er det grunn til å tro at de sykeste vil kunne få et bedre tilbud, og at færre mennesker som ikke har reelle medisinske behov, vil få medisinske diagnoser.

8.0 Konklusjon

Problemstillingen for denne oppgaven er: *Hvorvidt kan stykkprisfinansiering i spesialisthelsetjenesten ha vridningsmekanismer i form av at de svakeste pasientene blir nedprioritert og at samfunnet i større grad medikaliseres? Dette gjelder spesielt om stykkprisfinansieringssystemet utvides til å gjelde nye felt i helsesektoren, som for eksempel psykiatri. Formålet med oppgaven min blir altså å se nærmere på hvordan man teoretisk og empirisk kan belyse dette, med fokus på systemets logikk og begrunnelse, helsearbeidernes fagetikk og systemets utvidelse til psykiatri.*

I denne oppgaven har problemstillingens ulike aspekter blitt drøftet opp mot empiri og teori. Oppgaven har ingen målbar konklusjon, men prøver å vise at det kan være grunn til bekymring for at stykkprisfinansieringssystemet kan føre til at de svakeste

pasientgruppene nedprioriteres. Prioritering av pasienter innebærer ikke bare å si ”ja” til de som har behov, det innebærer også nedprioritering av noen. Medisinske og samfunnsøkonomiske beslutninger skal forenes gjennom stykkprisfinansieringssystemet slik at vi får en rettferdig fordeling i kampen om knappe helsegoder. Paradokset er at incentivene ikke gjør de svakeste pasientgruppene kostnadseffektive, fordi de har behov utover det som er mulig å standardisere. Dette kan føre til at ressursene vris mot det enkle, målbare. Jeg mener at løsningen på slike eventuelle vridningsmekanismer ikke kan være mer av den ”medisinen” som forårsaket dem.

Prioriteringer i helsevesenet er en kompleks problemstilling. Selv om denne oppgaven har vært inne på mange aspekter ved problematikken, er det behov for mer informasjon om systemets eventuelle vridningseffekter. Jeg mener det er en viktig oppgave for sosiologien å følge opp eventuelle konsekvenser av målstyringssystemer i helsesektoren, for eksempel i forhold til en eventuell innføring av stykkprisfinansiering i psykiatrien.

Referanser

Album, Dag(1991), "Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje", artikkel i Nordisk medisin 106. 8-9.

Andersen, Svein S (1997), "Case studier og generalisering" Fagbokforlaget.

Baumann, Zygmunt (1997), "Postmodernity and its discontents. Polity Press, Cambridge.

Berg, Ole (2003), "Makt og eksistens" Makt- og demokratiutredningen nr 57 mars 2003.

Becker, Howard S og Charles C. Ragin(1992), "What is a case? Exploring the foundations of social Inquiry" Cambridge university press.

Buchanan, Allen(1985), "Ethics, efficiency, and the market" Rowman & Littlefield publishers, inc. Teksts in philosophy.

Bury, Michael(1986)

Conrad og Schneider(1980) Disse to referansene er hentet fra artikkelen til Roland Svensson, som ikke har referanseliste(Se svensson 1998).

Cho og Bero (1996) "The quality of drug studies published in symposium proceedings. Annals of internal medicine, 124, 485-289.

Coleman, James(1990), "The foundations of social theory" Harvard university press.

Collins, Randall(1994), "Four sociological traditions" Oxford university press.

Cromvell J(2001), "Report on the feasibility of a per diem prospective payment system for inpatient for psycatric facilities excluded fromm pps". Waltham: Health economic research.

Durkheim Emilie(?) Fenomenet prekontraktuell tillit hentet fra Collins, har ingen presis referanse til Durkheim. Begrepet er likevel brukt med Collins som ref.

Eriksen, Stein Anders, Jan Ståle Nilsen, Olav Spigset og Lars Slørdahl,(2003), "Selektive COX-2-hemmere-holdninger og forskrivningspraksis blant allmennpraktikere", Tidsskriftet for norsk legeforening nr 10;123.

Elstad, Jon Ivar (1996) "Social inequalities in health and their explanation". NOVA rapport 9.

Eilertsen, Roar (2003), "Når sykehus blir butikk", De facto, kunnskapssenter for fagorganiserte.

- Eilertsen, Roar (2005), "For lite penger - for lite demokrati" Status i sykehusreformen januar 2005, De facto, kunnskapssenter for fagorganiserte.
- Ellis, Mulligan, Rowe and Sackett (1995). "Inpatient general medicine is evidence based" In The Lancet.
- Ekeland, Tor- Johan (2004), "Autonomi og Evidencebasert kunnskap" Notat laget på oppdrag fra senter for profesjonsstudier
- Fangen, Katrine (2004), "Deltagende observasjon", Fagbokforlaget.
- Feiring, Eline (2004), "Vioxx burde vært trukket før" Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3030
- Freidson, Eliot (1970), "Profession of medicine", The university of Chicago press,
- Frønes, Ivar og Lise kjølsrød(red.)(2004), "Det norske samfunn", Gyldendal norsk forlag, 4 utgave,
- Fugelli, Per, Grete Stang og Bente Wilmar (2003) "Makt og medisin", Makt og demokratutredningen.
- Giddens Anthony (1984), "The constitution of society" polity press.
- Goffman, E (1969), "The presentation of self in everyday life" Garden City, N.Y Anchor books.
- Grimen Harald (2004), "Strategiar for tillitsreperasjon"
https://webmail.uio.no/src/download.php?startMessage=1&passed_id=358&mailbox=INBOX&ent_id=2&passed_ent_id=0 Lastet ned i april 2005.
- Grimen, Harald (2005), "Profesjonsetikken sitt grunnlag" . Lastet ned en gang i mai 2005.
<http://www.hio.no/content/view/full/34503>
- Habermas, Jurgen (1991) "Erlätterungen zur Diskursethik". Frankfurt: Suhrkamp.
- Hallandvik, Jan-Erik (2002), "Helsetjeneste og helsepolitikk" 3 opplag, Gyldendal norsk forlag.
- Hansen, Finn Henry (2001), "Sykehusstruktur i endring. De lange linjer og utviklingen siste tiår" SINTEF rapport etter oppdrag fra Sosial og helsedepartementet.
- Harrys Roma (2004), "Critical perspectives on Empowerment in health care" Lastet ned I juni 2005. Harris er professor i informatikk ved universitetet i Western Ontario i Canada.
http://www.sfu.ca/act4hlth/about_project/outlines/theme1_empowerment.pdf

Hagen utvalget (2003), "Utvalgets tilråding om framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten", helsedepartementet.
<http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/utredninger/NOU/042001-020002/hov021-bn.html>
lesedato 07.09.2004.

Herfindal, Sturla (2004), "Veien frem til sykehusreformen" Hovedfagsoppgave i statsvitenskap. Universitetet i Bergen.

Henriksen, Jan Olav og Arne Johan Vetlesen(1999), "Nærhet og distanse", Gyldendal akademisk.

Hess, Anne Marit (2002), "Sykehusreformen- politisk råkjør og institusjonell motstand", Hovedfagsoppgave ved institutt for sosiologi og statsvitenskap, NTNU.

Hernes, Gudmund (1975), "Makt og avmakt" Universitetsforlaget, Oslo

Hoffmann, Fredrik (2002), "30 års styringsreformer-mer helse og bedre styring?" Nytt Norsk Tidsskrift(1)

Hoffoss, Dag (1981), "Spesialiseringen av helsepersonellet - hvor går utviklingen"? : spesialiseringsprosessens bakgrunn, konsekvenser og videre forløp : rapport fra et seminar arrangert av NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning.

Holter, Harriet/ Ragnvald Kalleberg(1996), "kvalitative metode i samfunnsforskning" Oslo. Universitetsforlaget

Hood, Christopher(1991), "A public management for all seasons?" Public Administration 69:3-19.

Illich, Ivan(1996), "Medisinsk nemesis" Oslo Gyldendal.

Johnsen, Stein(2005), "Prosjektskisse for revidering av ny fordelingsnøkkel for fordeling av de direkte pleiekostnadene" SINTEF.

Kalseth, Jorid, Solveig Osborg Ose og Marian Ådnes(2005), "Opptrappingsplanen etter fem år- utviklingen i helseregionene" For helse og omsorgsdepartementet, SINTEF.

Kalseth, Jorid(2003), "Utviklingen i helseregionene etter sykehusreformen", SINTEF.

Kaarbø, Oddvar,(2004), "Innsatsstyrt finansiering også i psykiatrien?" Tidsskriftet for norsk legeforening nr 18, 23. september 2004.

Kjekshus, Lars Erik og Halvor Nordby(2003), "Argumenter for en holistisk tilnærming i studier av sykehusorganisering" Medisin og samfunn 2003.

Kristoffersen, Anne Jahren(1997), "Grunnleggende sykepleie bind 1" Aschoug forlag.

Lave (2003), "Developing a Medicare prospective payment system for inpatient psychiatric care"Health aff(Millword) 22:97-109.

Lian, Olaug (1996), "Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys" Tano Aschoug.

Lian, Olaug (1999), "Mellom Hippokrates og Adam Smith", Doktoravhandling ved institutt for sosiologi, universitetet i Tromsø.

Lian, Olaug S (2003), "Når helse blir en vare" Høyskoleforlaget AS, kapittel.

Lian, Olaug S og John Arne Røttingen (2002) "Legen-homo economicus eller homo sociologicus?" , Tidsskriftet for norsk legeforening nr 17;122.

Løgstrup, K, E (1991) "Den etiske fordring" Dansk Gyldendal, Kjøbenhavn.

Martinsen, Kari (1979) "pleie uten omsorg?" Pax Oslo.

Martinsen, Kari (1989), "Omsorg, sykepleie og medisin" Tano Aschoug.

Marx, Karl (1970, orig. 1845), "Tesar om Feurbach" i: Marx, Karl, verker i utvalg 2. Skrifter om den matrialistiske historieoppfatning, Oslo: Pax.

Molaug, Per Ole og Olav Spigset (2001), "Et års skriftlig legemiddelinformasjon til en kommunelege", Tidsskriftet for Norsk legeforening nr 8; 121.

Milgram, Stanley (1974), "Obediance to authority": An eksperimental view. London. Tavistock .

Nordtvedt Per og Harald Grimen (2004), "Sensibilitet og refleksjon" Filosofi og vitenskapsteori for helsefag

Nordtvedt, Per(2005), "Profesjonsetikkens grunnlag". Lastet ned en gang i mai 2005. <http://www.hio.no/content/view/full/34503>

Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen(2005), "Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005, Nordlandsforskning.

Pettersen, Inger Johanne(2001), "Fra plan til marked – noen perspektiver på sykehusreformen, program for helseøkonomi i Bergen.

Ragin, Charles C(1994), "constructing social research" California. Pine Forge Press.

Repstad, Pål (1997), "Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere", Tano Aschoug.

Ricoeur, Paul (1993), "Forklara och forstå. Från tekst til handling." Oversatt av Bengt Kristensson. Østlings bokforlag

Rønning, Rolf (2004), "Omsorg som vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner". Gyldendal Akademisk.

Sehested, Karen (2002), "How the New public management Reforms challenge the Roles of Professionals". I International Journal of Public Administration. Vol 25.No 12, pp. 1513- 1537.

Scott, John (1990), "A matter of record. Cambridge": Polity press.

Smeby, Jens Christian, Lars Inge Terum og Andre Vågan (2005), "Misnøyen med sykepleierutdanningen", Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo.

Skirbekk, Sigurd(1999), "Ideologi, myte og tro ved slutten av et århundre" Tano Aschoug.

Scheff, Thomas J. (1966), "Being mentally ill : a sociological theory" Chicago : Aldine.

Svennson Roland(1998) "kap2:Sosiologiske teorier om sykdom og helsevesen" Gyldendal, i kopisamling SOS2302 høst 2003 s171-200.

UN common database http://www.globalis.no/indikator/helseutgifter_per_innb lesedato: september 2005

Vareide ,Per Kristian (2001), "Sykehusreformen: Et hamskifte i styring av helsetjenestene", SINTEF.

Vetlesen, Arne Johan (1999), "Fra hermeneutikk til psykoanalyse : muligheter og grenser i filosofiens møte med psykoanalysen. Gyldendal Oslo.

Wampold (2001), B.E.(2001). "The great psychotherapy debate". Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Wittgenstein, Ludvig(1958). "Philosophical investigations". 2nd ed. Oxford: Blackwll.

Øverli, Frode(2004), "Riskhospitalet" Scibsted forlag Oslo

Offentlige dokumenter

Lov om pasientrettigheter(1999), Sosial og helse direktoratet

Link til høringssaken fra 2003:

<http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/hoeringer/ferdigbehandlede/042021-080002/dok-bn.html>

Brukt uttalelsen til Den norske legeforening og til Norsk Sykepleierforbund.

Link til St.meld. Nr. 5, 2003:

<http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/regpubl/stmeld/042001-040004/dok-bn.html>

Link til Stortingets innstilling:

<http://www.stortinget.no/inns/2003/inns-200304-082.html>

Link til referat fra Stortingets debatt:

<http://www.stortinget.no/stid/2003/si031216.html>

Link til motmelding 2001

http://home.no.net/motmeld/motmelding.html#_Toc506922566

Informasjonshefte om innsatsstyrt finansiering(2005) Helse og omsorgsdepartementet.

Ot.prp 66, (2001) Om lov om helseforetak med mer.

St.prp.nr47(1999-2000) Om sykehusøkonomi og budsjett.

SHD-Høringsbrev 18/01-01. Om innføring av foretaksmodell.

DNL- høringsuttalelse 2001. Tilsvar til innføring av foretaksmodell i spesialisthelsetjenesten.

NSF høringsuttalelse 2001. Tilsvar til innføring av foretaksmodell i spesialisthelsetjenesten.

Prosjektskisse til Institutt for helseøkonomi i Bergen der de skal utrede DRG koder i psykiatrien. [http://heb.rokkan.uib.no/projects/?/\\$present&id=72](http://heb.rokkan.uib.no/projects/?/$present&id=72). Lastet ned september (2005)

Prosjektskisse til Sintef der det skal utredes vektning av pleiefaktor i forhold til DRG. <http://www.drginfo.info/kostnadsveker/STF78%20A055804%20pleie.pdf>

Avisartikler og annet.

Arundathi Roy klassekampen (2004) 27 desember, "Fred og Frigjøring" s12.

Braanen, Bjørgulf(2005) 16 august i klassekampen

Hernes, Gudmund(1996), Helseminister 1. april 1996, etter 100 dager i "tenkeboksen" Dagsavisen.

felleskatalogen.no (2004) Søk på Vioxx og Ibux for å sammenligne priser.

Fugelli, Per(2005) ”psykiatriens oppdrag” Dagbladet 30 september

Lian og Westin(2005) Kronikk i dagbladet 20 februar 2005. s26

Tale statsminister Jens Stoltenberg (2000) 6\6, Folkets hus i Bergen gjengitt i Herfindal 2003.

Stoltenberg, Jens(2000) 29/7 Kronikk i Dagsavisen.

Tønne, Tore(2000) aftenposten 02/12-00.

Tønne, Tore (2001) i pressemelding fra sosial og helsedepartementet.

Christensen, Tom(2000), kronikk i dagbladet 10/3.2000:

Aftenposten 5 august (2005) Om at utgiftene til spesialisthelsetjenesten fortsetter å stige.

Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.

Antall ord i oppgaven: 38.080